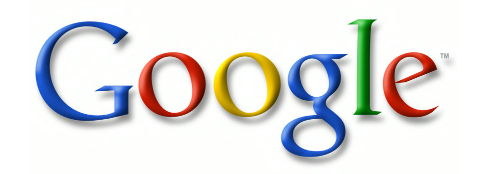
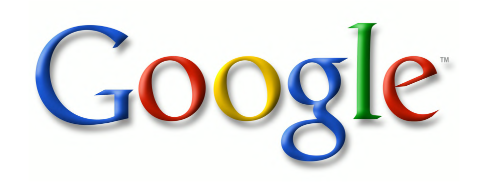
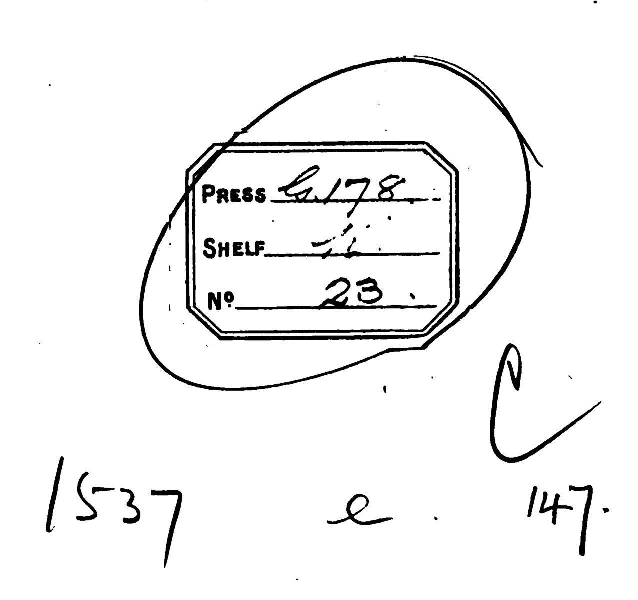




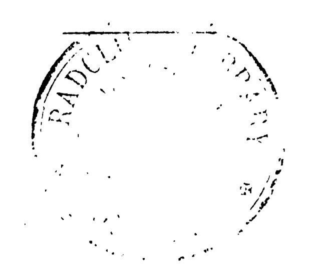



600047387Z


PRESS G.178
SHELF
Nº 23

DES ACCÈS INCOMPLETS

D'ÉPILEPSIE



Corbeil, typ. et stér. de Crété.

DES ACCÈS INCOMPLETS

D'ÉPILEPSIE

PAR

TH. HERPIN

(DE GENÈVE)

Docteur en médecine des Facultés de Paris et de Genève,
Chevalier de l'Ordre des SS. Maurice et Lazare,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris et de l'Institut de France,
Ancien vice-président de la Faculté de médecine et du Conseil de santé de Genève,
Ancien membre du Conseil d'Instruction publique de Genève,
Président honoraire de la Société médicale de Genève,
Ancien président de la Société médicale d'émulation de Paris,
Membre correspondant des Académies impériale et royales de médecine
de Saint-Pétersbourg, Turin, Florence, etc., etc.

Verum, utile, simplex indagavi.



PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard Saint-Germain.

LONDRES, H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET. | NEW-YORK, C. BAILLIÈRE, 440, BROADWAY.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE DON ALFONSO, 8.

—

1867

A

MONSIEUR LE DOCTEUR

P. C. A. LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPERIALE DE MÉDECINE,

MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX DE PARIS.

Je me suis efforcé dans ce travail de me rendre digne de l'affection et de l'estime dont vous voulez bien m'honorer.

TH. HERPIN.

PRÉFACE

Le livre que nous présentons à l'appréciation médicale est dû à l'un des praticiens les plus éminents et les plus consciencieux de notre époque. Modèle de l'observateur clinicien et plein d'aperçus diagnostiques et pronostiques très-importants, il montre surtout que l'épilepsie, maladie curable, quoi qu'on en dise, est annoncée le plus souvent, à une époque plus ou moins éloignée des attaques convulsives, par des phénomènes particuliers, qui, reconnus de bonne heure, indiquent sûrement la venue prochaine du mal comitial, donnent le temps d'employer une thérapeutique rationnelle et d'empêcher le développement ultérieur de la maladie.

M. Herpin démontre par un grand nombre de faits que tous les épileptiques ou à peu près ont présenté, avant leurs grandes attaques, des phénomènes divers qu'il appelle des préludes, des accès incomplets, et

s'appuie sur ce résultat de l'observation pour affirmer que l'épilepsie guérirait bien plus souvent si elle était traitée pendant cette première période.

Le livre de M. Herpin renferme une autre idée importante, à savoir, que l'épilepsie a son siége dans l'encéphale ou mieux dans l'axe cérébro-spinal; aussi, considérant les épilepsies dites sympathiques comme étant excessivement rares et peut-être même douteuses, il ne reconnaît d'action anti-épileptique qu'à une thérapeutique qui a pour but d'agir sur le système nerveux central.

Dans ce livre comme dans la plupart de ses autres publications, M. Herpin a pris résolûment en main la cause de la curabilité possible de l'épilepsie. Tel a été en effet le but de sa vie, de ses travaux; telle a été sa conviction, qu'il a soutenue à peu près seul contre tous pendant un grand nombre d'années; s'il ne s'est pas fait plus de prosélytes parmi ses confrères, et si un certain nombre se sont faits les détracteurs de ses opinions, cela tient, il faut le dire, à ce qu'ils ne suivaient pas à la lettre ses modes de traitement et n'apportaient pas dans l'observation, dans les conseils à donner aux malades, dans l'étude des médicaments, le soin, la précision, la sévérité et les procédés même minutieux qui caractérisaient la pratique de M. Herpin; pour répondre,

du reste, à toute espèce de doute, les malades guéris sont là qui vénèrent sa mémoire et conservent pour lui une affection presque filiale.

Le docteur Théodore Herpin, connu dans le monde médical sous le nom de Herpin (de Genève), est né à Lyon en 1799 d'une famille française. Élevé à Genève, il fit ses études médicales à Paris, s'y fit recevoir docteur en médecine de la faculté de Paris, puis à Genève, et exerça la médecine dans la dernière de ces villes jusqu'en 1853. A cette époque, il vint se fixer en France, où il pratiqua la médecine jusqu'à sa mort.

Son père était commissaire des guerres au service de la France, et fut, en cette qualité, délégué de 1815 à 1817 auprès d'une division de l'armée russe d'occupation. Les services qu'il rendit à ce corps, dans ces années difficiles, lui valurent à la fois la croix de Saint-Louis de la part de son gouvernement et celle de Saint-Wladimir de la part de l'Empereur de Russie.

Les titres honorifiques du docteur Herpin sont : chevalier de l'ordre des Saints-Maurice et Lazare; lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Monthyon); président honoraire de la Société médicale de Genève; membre correspondant de l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg, des Académies royales de médecine de Turin et de Florence; des Sociétés médico-chirurgicales

de Berne, Zurich....; membre titulaire de la Société médicale du premier arrondissement de Paris; des Sociétés médicales d'Observation et d'Émulation de Paris.

Ses fonctions médicales et scientifiques ont été : membre du Conseil de santé de Genève de 1831 à 1845; vice-président de la Faculté de médecine et du Conseil de santé de Genève de 1845 à 1847; membre du Conseil d'instruction publique de Genève de 1834 à 1847; président annuel de la Société médicale d'Émulation de Paris en 1856.

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris dès 1822, le docteur Herpin avait déjà conquis une place dans la science médicale par des travaux de quelque importance, lorsqu'en 1850 il envoya à l'Institut, pour le concours des prix de médecine et chirurgie, un travail manuscrit de l'ouvrage qui parut en 1852 sous le titre de : *Du pronostic et du traitement de l'épilepsie*, dans lequel il prouvait, par de nombreuses observations de guérison tirées de sa pratique, que l'épilepsie, contrairement à l'opinion généralement admise de nos jours, était *curable* dans la majorité des cas, à la condition de l'attaquer à une époque très-rapprochée de son origine, en suivant certaines règles que l'auteur indiquait et qui sont rigoureusement déduites de ses nombreuses observations.

En 1855, il introduisait en médecine l'usage du lac-

tate de zinc, et démontrait par des observations nombreuses la supériorité de ce sel sur l'oxyde, déjà reconnu comme puissant contre plusieurs névroses, et en particulier contre le mal comitial.

Sans parler ici de quelques mémoires intéressants à divers titres, notamment de ceux qu'il consacra à l'étude thérapeutique du chlorate de potasse dans la salivation et à l'histoire de l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, M. Herpin poursuivait toujours ses travaux sur cette maladie qui faisait le sujet de prédilection de ses études.

En 1859, il signala les bons effets du selin des marais dans l'épilepsie, et en 1861 il publia quelques considérations relatives aux congestions cérébrales et à l'épilepsie.

Depuis cette époque, le docteur Herpin a rassemblé un grand nombre de matériaux qui lui ont permis de composer son livre *des Accès incomplets d'Épilepsie* et l'avaient convaincu de plus en plus de la curabilité possible du mal comitial. La mort est venue l'enlever au milieu de ses travaux le 17 juillet 1865.

M. Herpin avait exprimé le désir que ce mémoire ne fût pas perdu pour la science et que sa méthode de traitement ne fût pas abandonnée dans la pratique.

Honoré de la confiance de sa famille, je suis heureux d'avoir donné mes soins à cette publication et d'assurer aux recherches qui ont fait l'intérêt de sa vie une continuation qu'il avait souhaitée.

Auguste VOISIN,

Médecin de la Salpêtrière.

LISTE

DES TRAVAUX DE M. TH. HERPIN

De l'influence réciproque de la vaccine et de la variole (*Gazette médicale*, 1832).

Des lois étiologiques de la variole (*Gazette médicale*, 1832).

Des bains de l'Arve, dans le canton de Genève. Lettres adressées au docteur Lebert. *Genève*, 1844, 63 p. in-8.

Sur l'emploi du kermès minéral dans les maladies des voies respiratoires (*Arch. gén. de médecine*, t. X, 4e série, p. 95).

Du traitement abortif des amygdalites aiguës (*Union médicale*, 1852, tome VI, p. 299 et 307).

Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie. Ouvrage couronné par l'Institut de France (*Académie des sciences*). Paris, 1852, 1 vol. in-8.

Du pronostic et traitement de l'épilepsie (*Union médicale*, 1853, t. VII, p. 230 et 233).

Observations d'épilepsie (*Union médicale*, 1853, t. VII, p. 286).

Sur le retour à leur longueur naturelle des os raccourcis à la suite de fractures chez les enfants (*Union médicale*, 1854, t. VIII, p. 341, et *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 3 juillet 1854).

Une consultation sous Louis XIII (tiré des œuvres de David et de Planis-Campy), (*Union médicale*, 1855, t. IX, p. 425).

Épilepsie (*Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 63).

Études sur le lactate de zinc dans l'épilepsie. Paris, 1855, in-8, 36 p. (Extrait du *Bull. de thérapeutique*).

Du chlorate de potasse comme spécifique contre la salivation mercurielle. Paris, 1856, in-8, 32 p. (Extrait du *Bull. de thérapeutique*).

Du pronostic et traitement de l'épilepsie (*Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 502).

Du traitement de l'épilepsie (*Gaz. des hôpitaux*, 1856, p. 477).

Deux faits pour servir à l'histoire thérapeutique des kystes de l'ovaire (*Union médicale*, 1856, t. X, p. 537, 542).

Traitement de l'épilepsie (*Union médicale*, 1856, t. X, p. 65).

Clinique de l'épilepsie, conditions de succès et observations (*Union médicale*, 1857, t. XI, p. 408, 413, 453, 492, 525, 573, 620).

Du selin des marais dans l'épilepsie et quelques autres maladies. Paris, 1859, in-8, 24 p. (Extrait du *Bulletin de thérapeutique* et *Union médicale*, 1859, t. II, p. 600).

Paris et Genève au point de vue du goître (*Union médicale*, 1860, tome V, p. 561).

Congestions cérébrales et épilepsie (*Union médicale*, 1861, tome IX, p. 154).

Mutisme intermittent (*Union médicale*, 1864, t. XXII, p. 292).

Nouveaux rapports à établir entre clients et médecins (*Union méd.*, 1864, t. XXII, p. 449 et 467).

DES ACCÈS INCOMPLETS
D'ÉPILEPSIE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

En 1852, lorsque nous publiâmes notre premier travail sur l'épilepsie (1), l'incurabilité à peu près absolue de cette *névrose* était un fait généralement admis. Les médecins dont on réclamait les conseils pour les malheureux atteints de cette affection, sans confiance dans le résultat, n'apportaient, à combattre le mal, ni sérieuse préoccupation ni suffisante persévérance.

Nos protestations contre ce fatal pronostic, protestations appuyées sur des faits nombreux, ont certainement ébranlé l'opinion. On traite aujourd'hui les épileptiques, on en guérit quelques-uns ; cependant on est loin d'obtenir la proportion des succès qu'il est permis d'espérer maintenant, parce qu'on ne fait pas concourir d'emblée tous les moyens convenables dans ce but, loin de là :

On méconnaît souvent l'épilepsie à son origine et l'on perd ainsi un temps précieux.

(1) Herpin, *du Pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*. Paris, 1852, in-8 ; ouvrage couronné par l'Institut de France.

Même après avoir reconnu la maladie, au lieu d'en aborder franchement le traitement spécial, on en cherche la source dans telle disposition morbide ou dans telle révolution physiologique, qui ne sont que des circonstances *concomitantes.*

Ou bien, se laissant guider par des idées systématiques, on ne choisit pas les moyens que l'expérience a démontré être les plus utiles.

Enfin, quand on se décide à employer les agents efficaces, on ne met pas, dans chaque médication ou dans la succession des divers traitements, une suffisante persévérance.

Mais, encore une fois, le principal écueil qui fait sombrer tant de malheureux dans l'incurabilité, c'est que l'épilepsie est méconnue par un grand nombre de praticiens, alors qu'elle est le plus susceptible de guérison. Notre pratique nous en a fourni la preuve dans des centaines de cas, et cette erreur est plus pardonnable qu'elle ne le paraît au premier coup d'œil.

Dans la moitié au moins des cas, la maladie commence, non par des attaques, mais par des accidents légers, tels que crampes d'un membre, convulsions partielles, spasmes viscéraux, vertiges, commotions, et autres manifestations analogues. Dans cette moitié de cas, la majorité des malades restait d'un à cinq ans (plusieurs même davantage), avant d'avoir des attaques complètes. Or si celles-ci ont été l'objet de descriptions générales assez fidèles, les autres accidents (en y comprenant même le vertige, le mieux connu de tous), n'ont jamais été le sujet d'études méthodiques. Aussi, dans leur extrême variété, ces accès légers d'épilepsie ne sont-ils pas reconnus par le plus grand nombre des praticiens.

C'est pour combler cette lacune dans l'histoire de l'épilepsie qu'instruit de ses désastreux effets, nous nous sommes décidé à faire une étude approfondie des accès incomplets ou accès de *petit mal*, et cela en soumettant à une analyse rigoureuse 300 observations que nous avons recueillies dans notre pratique particulière.

Nulle affection, plus que le mal des comices, ne réclamait, d'une manière plus impérieuse, un semblable travail.

Le premier et plus important résultat de cette étude a été la pleine confirmation d'une double loi que nous avions découverte il y a dix ans et que nous publions aujourd'hui pour la première fois. Cette loi nous semble appartenir à cet ordre de découvertes, que toute personne compétente s'étonne de ne pas avoir faites (si elle ne s'en croit pas elle-même l'auteur), tant elles découlent clairement du simple rapprochement des faits. Elle peut s'énoncer ainsi : « Les manifestations « comitiales, crampes, convulsions partielles, spasmes viscé- « raux, vertiges, etc., que les épileptiques éprouvent d'une « manière irrégulièrement périodique, dans les intervalles « de leurs grands accès, sont des attaques réduites à leurs « symptômes initiaux ou avortant à une période plus ou « moins avancée de leur cours.

« Les débuts d'attaques varient à l'infini chez les différents « sujets, mais sont toujours, ou presque toujours, identi- « ques chez le même patient. En conséquence, les accès in- « complets, quoiqu'éminemment diversifiés, sont toujours « ou presque toujours, semblables chez le même épilepti- « que. »

Telle est notre découverte dans la plus simple expression. Mais la simplicité même de cette double loi en voile au pre-

mier coup d'œil l'importance. Dans le cours de ce travail on verra combien les faits généraux qu'elle met en évidence sont féconds en résultats intéressants et utiles. Ils jettent une vive lumière sur la symptomatologie du mal caduc, et, par conséquent, sur son diagnostic. Ils en préparent l'histoire physiologique, mal ébauchée jusqu'ici par défaut d'une connaissance suffisante des différentes espèces d'accès; ils en déterminent mieux le siége. Ils éclairent d'un jour nouveau l'étude des moyens abortifs des attaques. Ils fourniront à la physiologie du système nerveux et même à la psychologie des sujets intéressants d'observations, enfin, et surtout en faisant découvrir le mal, à une époque très-rapprochée de son origine, ils permettront d'attaquer cette cruelle maladie en temps opportun et dans une phase où, le plus souvent, bornée à de très-légères atteintes, elle est plus facile à guérir.

La loi d'*identité* des accès du petit mal et des débuts d'attaques chez le même sujet peut, en raison de sa constance, être vérifiée par tout observateur, sans qu'il soit nécessaire de recueillir un grand nombre de faits. D'eux-mêmes, les malades les plus intelligents appellent leurs accès légers : préludes, commencements, menaces de crises, accès avortés, fausses crises, etc. A défaut de cette initiative, si vous avez affaire à un épileptique ou à l'un de ses parents, qui soit doué de quelque peu d'esprit d'observation, il est une enquête d'une exécution facile, qui est complétement démonstrative; faites-leur décrire, sans les mettre sur la voie, le début d'une attaque complète; faites ensuite raconter les vertiges ou autres accidents nerveux éprouvés dans l'intervalle des grandes attaques; terminez enfin par cette question : quelle différence

remarquez-vous entre ces petites crises et le commencement des attaques ?

Aucune, vous répondra-t-on toujours.

Mais, quelque probante que fût une semblable enquête, elle n'eût pas suffi pour installer dans la science la double loi qui domine tout ce sujet, il fallait, pour cela, comme nous l'avons déjà dit, réunir un très-grand nombre de faits et les analyser. La loi d'ailleurs était un guide précieux, mais elle ne donnait pas d'elle-même les résultats importants que nous allons successivement faire connaître, après avoir indiqué le plan que nous suivrons dans leur exposition.

Une attaque d'épilepsie se compose essentiellement de trois ordres de phénomènes : convulsion des muscles soumis à la volonté, spasmes des muscles viscéraux, abolition des sens et de la connaissance. Un accès peut commencer par l'un quelconque de ces symptômes. Les débuts d'attaques peuvent donc être groupés en trois genres :

1° Débuts périphériques;
2° Débuts viscéraux, en ne comprenant pas les centres nerveux parmi les viscères ;
3° Débuts encéphaliques.

Déjà les médecins grecs, qui attribuaient d'ailleurs aux phénomènes initiaux de l'attaque une importance exagérée au point de vue du siége et du traitement de cette maladie, avaient divisé l'épilepsie en trois genres :

Epilepsia e parte externa :
— *ex utero, ex ore, ventriculo, etc.*
— *ex capite vel ex cerebro.*

Cette division, qui ressort naturellement des faits, nous servira de guide ; elle a particulièrement l'avantage de permettre

de marcher de l'obscur à l'évident, de l'inconnu au connu.

Dans le second chapitre de cet ouvrage, nous traiterons des débuts périphériques ; dans le troisième des débuts viscéraux ; dans le quatrième, de ceux qui consistent en trouble ou abolition des sens et de l'intelligence. Chacun de ces trois derniers chapitres sera divisé en quatre sections. La première sera consacrée à l'étude des premières phases de l'attaque : siége du phénomène central, nature de ce phénomène, marche des symptômes jusqu'au moment de leur généralisation. Dans la seconde section nous traiterons des préludes isolés et des accès incomplets, de leur nature, de leur siége, de leur étendue, de leur variété. Dans la troisième section, nous étudierons les rapports qui lient entre eux les attaques, les accès, les vertiges et les préludes, au point de vue de leur nature, de leur siége, de leur origine, de leur marche, de leurs complications réciproques, de leur fréquence, de leurs causes excitantes, et des moyens de les faire avorter. Cette section sera terminée par l'étude des causes efficientes, du genre de début étudié dans le chapitre. Enfin la quatrième section renfermera un certain nombre d'histoires particulières, comme exemples à l'appui de chaque description, de chaque fait général. Ces exemples concerneront, de préférence, des malades dont nous avons vu les accès, appartenant à des familles médicales ou tout au moins des épileptiques très-intelligents ou entourés des personnes douées de l'esprit d'observation.

CHAPITRE II

DÉBUTS PÉRIPHÉRIQUES

SECTION PREMIÈRE

ATTAQUES.

Sur les 300 cas d'épilepsie servant d'élément à ce travail, 50, soit 17 pour 100, ont présenté des débuts périphériques, c'est-à-dire des attaques commençant par une crampe ou convulsion tonique d'un ou de quelques muscles soumis à la volonté.

Le *siége* de ces premiers symptômes était très-variable; cependant les extrémités, surtout les mains, en étaient le plus souvent le siége.

De 50 épileptiques de ce genre, 31 voyaient habituellement leurs attaques débuter par l'un des membres thoraciques; et ce début se faisait 27 fois par la main, 3 fois par le milieu du membre, et une seule fois par l'épaule.

Chez 7, l'un des muscles abdominaux était le premier affecté, et parmi ces malades, 6 ressentaient le début dans le pied.

2 étaient atteints par les muscles du tronc (région précordiale pour l'un, hypocondre droit pour l'autre).

Chez 10, c'était par les muscles de la tête : dans trois cas, par une joue ; dans un, par les abaisseurs de la mâchoire ; dans un autre, par les élévateurs ; dans deux, par les muscles

de la langue du côté gauche, et chez l'un d'eux, probablement par les ptérygoïdiens du même côté ; enfin, dans un cas, c'était par les abducteurs de l'œil gauche.

Dans l'ouvrage que nous avons publié sur l'épilepsie (1), nous avons consacré une section à des recherches historiques sur l'*aura epileptica*; nous y avons reproduit de très-nombreux fragments d'histoires d'épilepsies à débuts périphériques puisés dans les auteurs, depuis Gallien jusqu'à nos jours ; dans l'immense majorité des cas, la convulsion débutait par l'un des membres.

Dans les observations originales de notre livre, sur 7 cas d'épilepsie à débuts périphériques dont nous avons donné les histoires détaillées, il s'en rencontre 2 où le début avait lieu par une main, un par un pied, 2 par le cou, 2 par un côté de la face. (L'ensemble des faits justifie les conclusions suivantes.) Toutes les régions du corps occupées par des muscles soumis à la volonté peuvent être le siége des débuts périphériques ; mais habituellement la convulsion commence par l'extrémité d'un membre et beaucoup plus souvent par la main que par le pied.

Quant au côté du corps par lequel la convulsion a de la tendance à débuter, nos faits donnent les résultats suivants : en éliminant un malade chez qui le côté fut différent dans deux périodes de sa maladie et deux cas où cette circonstance n'a pas été notée, nous trouvons, sur 47 épileptiques, 19 débuts à droite, 28 à gauche. Une semblable différence ne peut pas avoir été accidentelle ; aussi, sans prétendre que la proportion de *deux* à trois soit une règle, nous croyons que

(1) Herpin, *du Pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*. In-8, Paris, 1852, p. 389-419.

la prédominance des débuts à gauche peut être admise comme un fait général. Il y aurait à étudier cette circonstance dans d'autres maladies du cerveau ; elle ne nous paraît pas jusqu'ici l'avoir été suffisamment.

Si, chez les épileptiques à débuts périphériques, le point de départ est le même chez le même sujet, cette règle n'est pas sans subir quelques rares exceptions. Ainsi, chez quelques patients où la convulsion commençait presque toujours par une main, il est arrivé quelquefois que les deux mains ont été prises en même temps, ou bien que l'engourdissement et la crampe ont débuté par le pied du même côté, ou encore qu'ils ont pris origine dans un côté de la face ou de la langue. Un épileptique dont les attaques commençaient par le pied le sentait, mais rarement, débuter par la figure. Le malade, dont l'accès partait du côté gauche de la poitrine, disait que parfois la force qui l'entraînait à gauche avait son point de départ à la tempe du même côté. Chose remarquable : dans tous ces cas, les préludes anormaux n'aboutissaient qu'exceptionnellement. Chez le sujet de la huitième observation, dans une première période de sa maladie suivie d'une guérison temporaire, les attaques débutaient par le pouce gauche ; lors de la rechute, elles commencèrent par la mâchoire et continuèrent à se montrer ainsi. Enfin, dans le cas de la deuxième observation, la convulsion initiale changea de côté dans deux périodes différentes de la maladie, mais en occupant toujours les doigts.

Après le siége du phénomène initial nous devons en examiner la *nature*. Les sensations éprouvées, à quelques nuances près, et le genre de convulsions, sont les mêmes dans tous les cas à débuts périphériques, quel que soit le point de dé-

part. Tous les patients signalent un engourdissement comme paralytique, une insensibilité accompagnée de fourmillements, de picotements, de frémissements, ou de bouillonnements auxquels succède très-vite une crampe plus ou moins douloureuse. Cette crampe ou contracture a amené parfois des plaintes et même des cris. Un Piémontais disait en souffrir comme si un stylet lui eût traversé la main. La convulsion tonique entraîne les parties dans des directions variées ; les doigts ou les orteils, les bras ou les jambes sont les plus souvent fléchis, quelquefois étendus ; ils sont rapprochés ou éloignés. Ils résistent plus ou moins énergiquement aux efforts qu'on fait pour changer leur attitude ; le corps lui-même s'infléchit du côté où les muscles du tronc sont contracturés.

La crampe s'accompagne bientôt de palpitations musculeuses, de tremblement, de soubresauts des tendons, de mouvements saccadés, c'est-à-dire de secousses ou convulsions cloniques. Dans des cas assez rares, la partie qui est le siége de ces mouvements convulsifs est assez sensible, pour que le moindre contact redouble les secousses ; nous l'avons observé principalement à la face.

Il nous reste maintenant à étudier la *marche* de la convulsion depuis son début, jusqu'au moment où l'attaque se complète, c'est-à-dire jusqu'à la perte de connaissance. Lorsque la crampe commence par la main, entraînant les doigts dans des positions variées, elle se propage plus ou moins vite à l'avant-bras, au bras, à l'épaule, en produisant la flexion ou l'extension, la pronation ou la supination, l'adduction ou l'abduction de ces parties ; elle gagne les muscles rotateurs de la tête qui entraînent celle-ci du côté convulsé ; elle

atteint en même temps le côté correspondant de la face, et les yeux qui se dirigent du même côté que la tête. Déjà alors le patient éprouve une constriction au cou qui arrête la déglutition et un *endurcissement* de la langue, disait un malade. La respiration est gênée ou suspendue, la parole difficile ou impossible. La vue, puis l'ouïe et enfin la connaissance se perdent. Presque jamais, excepté aux premières attaques, il n'y a de chute, parce que le patient averti a le temps de s'asseoir ou de se coucher, tout au moins, sur le parquet ou sur le sol.

Quelques malades signalent la convulsion tonique comme envahissant le côté correspondant du thorax, ou le membre abdominal de bas en haut pendant que la crampe monte du membre thoracique vers la tête. Il est des épileptiques qui perdent subitement la connaissance quand arrive la suffocation; chez d'autres, c'est au moment de la rotation de la tête et de l'envahissement de la face. Un malade racontait qu'au moment de perdre ses sens, il lui semblait qu'il tombait d'une hauteur immense, comme du dôme du Panthéon, et qu'il s'aplatissait sur le pavé.

Telle est la marche de la convulsion montant de la main ou du milieu du membre thoracique.

Dans les débuts par le pied, la crampe gagne la jambe, la cuisse, la hanche, le flanc, le côté de la poitrine; alors survient la dyspnée et même quelquefois un léger râle dont le malade a la perception. Après la poitrine, très-rarement avant, le membre thoracique est envahi de la main à l'épaule, puis viennent le cou, la face, etc., etc. L'un de ces épileptiques disait qu'avant de perdre connaissance, il se sentait comme élevé dans les airs et retomber d'une grande hauteur.

Chez le malade dont les attaques commençaient par la région précordiale, la convulsion envahissait le membre thoracique correspondant et tout le côté gauche, avant d'atteindre le côté droit et avant l'abolition de la connaissance. Celui dont les accès débutaient par l'hypocondre droit sentait la convulsion remonter derrière la tête où il éprouvait une sorte de contraction suivie de la perte des sens.

Les patients dont les muscles de la face, de la mâchoire ou de la langue sont les premiers atteints, sentent le plus souvent tout le côté correspondant du corps envahi avant l'abolition de la conscience.

Dans un cas où les convulsions débutaient par l'abduction de l'œil gauche, les deux globes étaient entraînés dans le même sens et fortement déviés, mais sans oscillations d'abord ; les pupilles étaient dilatées, la tête légèrement fléchie tournait à gauche ; le menton arrivait presque au-dessus de l'épaule ; le sterno-mastoïdien droit était contracturé, non le gauche. Bientôt la tête était en proie à des mouvements saccadés ; la convulsion s'étendait à tout le côté gauche et la connaissance se perdait.

Ces faits nous conduisent à insister sur le phénomène de la rotation de la tête vers le côté affecté pendant le cours des convulsions unilatérales. On sait que ce mouvement est produit par la contraction du muscle sterno-mastoïdien et de la portion supérieure du trapèze du côté opposé. Il peut donc paraître étrange que, tandis que l'ensemble des muscles volontaires du côté gauche, par exemple, est convulsé, et que ceux du côté droit restent étrangers à cet état, le sterno-mastoïdien et le trapèze droit prennent part à la convulsion et non ceux du côté gauche. Ainsi l'on a professé

à Paris, dans l'une des chaires de la Faculté (1), que dans le cas d'épilepsie avec convulsions prédominantes d'un côté, la tête tournait du côté opposé; on a été plus loin : on a donné ce symptôme comme un moyen de distinguer l'épilepsie simulée. Or, le fait est complétement inexact; et la règle de médecine légale qu'on en a déduite est par conséquent tout à fait fausse. Dans les premiers cas de ce genre où l'on nous signala le phénomène réel, nous crûmes qu'on faisait erreur, et, en recueillant l'histoire de ces faits, nous n'osâmes pas préciser le côté vers lequel la tête tournait. Les cas de cet ordre publiés dans notre ouvrage portent la preuve de ce doute. Enfin, l'occasion s'étant présentée d'assister à une série d'attaques chez un enfant dont les convulsions étaient toujours bornées à un seul côté du tronc, de la tête et des membres, nous pûmes constater, à plusieurs reprises, non-seulement que la tête tournait toujours du côté convulsé, mais que le sterno-mastoïdien du côté opposé était contracturé, tandis que celui du côté en proie aux spasmes restait étranger à la convulsion.

Depuis cette époque, nous avons pu bien des fois vérifier *de vue* ce phénomène chez des épileptiques; et il nous a constamment été raconté de la même manière par les assistants de nos malades, quand ils étaient observateurs. Dans un travail que nous voulons rendre aussi limité et aussi positif qu'il nous est permis de le faire, nous nous sommes promis de rester étranger à toute explication physiologique et de ne nous appuyer que sur des faits de pathologie. Nous renvoyons donc aux physiologistes le soin de donner la théorie

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris, 1862, t. II, p. 7.

de ce phénomène. Ils doivent trouver l'explication de cette anomalie dans l'origine, la marche et la distribution exceptionnelle du nerf spinal qui fournit des branches aux muscles rotateurs de la tête.

Pour revenir à la marche de la convulsion dans les attaques à débuts périphériques et la résumer, le spasme tend toujours à monter de son point de départ vers les muscles dont les nerfs prennent leur origine le plus près de la partie antérieure de l'encéphale. Mais, quel que soit le lieu d'où part le spasme, dans la généralité des cas, tous les muscles volontaires du côté correspondant sont envahis par les convulsions avant la perte de la connaissance ; et les malades intelligents peuvent rendre un compte exact de cette phase de l'attaque qui ne se borne pas à la contracture musculaire. La plupart de ces épileptiques signalent pendant l'ascension de la convulsion tonique des palpitations musculaires, des tremblements, puis des secousses qui se joignent successivement à la crampe, en suivant la même marche. Ainsi les convulsions cloniques étendues à tout un côté du corps peuvent précéder la perte de la connaissance ; il y a plus : un certain nombre de ces malades (parmi lesquels la fille très-intelligente d'un médecin) nous ont signalé nettement les convulsions cloniques générales avant l'abolition du sentiment, et le témoignage des assistants dans ces cas (en particulier celui du père de la jeune personne que nous venons de citer) a pleinement confirmé la réalité de ce phénomène. Nous reviendrons, du reste, sur ce point important de symptomalogie dans la seconde section de ce chapitre.

Le cri est l'un des signes fréquents des attaques. Le véritable cri épileptique est une sorte de hurlement produit par

l'explosion convulsive de l'air au travers du larynx spasmodiquement resserré. Dans les cas à débuts périphériques, on en observe d'autres d'une nature très-différente, ce sont des cris arrachés au patient par la douleur, l'effroi ou la surprise. Dans notre ouvrage, nous avions confondu ces deux phénomènes opposés; l'un purement automatique, l'autre qui n'est que l'expression d'une souffrance physique ou morale. Cette dernière espèce est commune dans les épilepsies à débuts périphériques; elle est excessivement rare, dans les deux autres genres.

SECTION DEUXIÈME

PRÉLUDES OU CRAMPES ET ACCÈS.

Nous avons dit, en commençant ce travail, que les épileptiques offraient, dans l'intervalle de leurs attaques, certains accidents plus légers, mais de même nature que ceux-ci; ce sont ces manifestations que nous allons étudier dans les cas à débuts périphériques.

Un seul des 50 épileptiques de cette catégorie paraît n'avoir jamais éprouvé ces atteintes secondaires; encore conservons-nous quelques doutes à cet égard, parce que ce cas, outre qu'il appartient à l'un des plus anciens de la série, concerne une dame que nous n'avons vue qu'une fois et sur laquelle nous n'avons eu dès lors que des renseignements indirects; à la seule visite qu'elle nous ait faite, nous n'avons pas pu la questionner suffisamment. Ces manifestations, si elles ne sont pas constantes, se rencontrent donc généralement. Elles offrent chez la même personne, et, surtout chez les différents

malades, des degrés fort divers, nous commencerons par l'examen des degrés les plus légers.

Chez les épileptiques à débuts par la main, la crise peut se borner au prélude le plus insignifiant.

Il peut n'y avoir qu'une sensation de frôlement sur l'index et la paume de la main.

Tout peut se borner à un simple engourdissement de deux doigts. L'engourdissement peut s'étendre à toute la main sans aller au delà; ou bien envahir ou atteindre simultanément l'avant-bras, le bras, et même tout un côté du corps, sans qu'il se manifeste de crampes ou de secousses.

Le plus souvent à l'engourdissement s'ajoute la crampe ou contracture douloureuse; mais elle peut se restreindre aux muscles fléchisseurs ou extenseurs de quelques doigts; elle peut gagner toute la main, s'étendre à l'avant-bras, au bras, etc., etc., se propager jusqu'aux muscles de la mâchoire, de la face, aux rotateurs de la tête, et cela avec l'intégrité des sens et de l'intelligence, et même, quoique très-rarement, sans convulsions cloniques.

A la crampe peuvent se joindre de légers soubresauts des tendons, des palpitations musculaires, sans mouvements convulsifs proprement dits. Mais, dans l'immense majorité des cas, pour peu que la convulsion tonique dépasse la main et surtout l'avant-bras, les secousses succèdent graduellement à la crampe, et l'attaque offre ses deux premiers stades ordinaires, mais avec des convulsions toniques et cloniques bornées à la moitié latérale et supérieure du corps (Obs. VI), ou à tout un côté; et cela toujours avec l'intégrité de la connaissance. Dans ces cas, le malade décrit et imite très-bien tous les phénomènes de l'accès jusqu'aux secousses de la tête

et d'un côté de la face. L'observation quatrième, et d'autres que nous avons pu y joindre nous en ont offert des exemples incontestables.

Enfin les convulsions toniques et cloniques peuvent occuper les deux côtés du corps, être générales, en un mot, sans que les sens se perdent entièrement, et sans que la connaissance soit perdue ; nous avons été longtemps peu disposé à admettre un pareil fait, mais nous avons dû nous rendre devant des preuves irrécusables (Obs. IVe).

Les esquisses que nous avons tracées des préludes avortés, et des accès incomplets débutant par une main, sont des images fidèles de la nature, de la marche et de l'étendue variable des convulsions chez les épileptiques dont les attaques commencent par les orteils ou le pied. Dans ce dernier cas, en effet, la convulsion peut s'arrêter au genou, à la hanche, au flanc, etc., comme on pourra le voir dans l'observation cinquième.

Le patient dont les attaques commençaient par le spasme des muscles de la région précordiale sentait ensuite son corps entraîné du côté gauche ; s'il était en marche, il déviait de ce côté ; s'il était assis sur un fauteuil, il luttait en se retenant fortement de la main droite au bras correspondant de son siége ; s'il était dans son lit, couché sur le côté droit, il se retournait involontairement à gauche. Bientôt tout ce côté était envahi par la convulsion tonique, le bras était pris avant la jambe ; le côté correspondant de la face était atteint ensuite. Quand l'attaque ne se complétait pas, le malade conservait ses sens et toute son intelligence ; il parlait. Dans un degré plus intense de ces accès, dans lesquels l'intégrité des perceptions subsistait et où tout le côté droit restait étranger

aux convulsions, il se joignait au spasme tonique des muscles gauches, un tremblement soit partiel, soit plus ou moins étendu et même des convulsions cloniques.

Les attaques d'épilepsie à début par le cou, la face, la mâchoire, la langue, peuvent avorter aussi aux diverses phases de leurs cours. Ainsi chez le sujet de la septième observation dont les accès commençaient par la base de la langue à gauche, l'accident pouvait se borner à des petits mouvements presque imperceptibles dans ce point de la langue; il s'y ajoutait parfois un tremblement convulsif du côté gauche de la face; cela ne durait que quelques secondes. Dans un degré plus fort, la langue semblait tuméfiée; il y avait de vives secousses du côté gauche de la face; les muscles du cou y participaient; la tête était entraînée à gauche par saccades, le malade pouvait pousser des cris gutturaux, mais il ne pouvait pas parler; les convulsions ne s'étendaient pas au delà; il avait toute sa connaissance et percevait distinctement du gargouillement dans la gorge. Il arrivait parfois qu'à ces symptômes il se joignait des convulsions toniques, puis cloniques du bras gauche; après une à deux minutes, très-rarement trois, l'accès se terminait par l'écoulement d'une salive écumeuse ou filante et un léger râle. Le patient pendant tout ce temps pouvait rester debout, et n'était pas privé un seul instant de la conscience de son état.

Le sujet de la huitième observation sentait ses attaques débuter par les élévateurs de la mâchoire; les divers degrés d'accès qu'il éprouvait ressemblaient tout à fait à ceux que nous venons de décrire, mais il y en avait où tout le côté gauche du corps était envahi et où tous les mouvements volontaires du côté opposé étaient libres. *Je pourrais écrire,*

nous disait le malade, mais il était sujet à des accès encore plus étendus quoique incomplets; dans ceux-ci, les convulsions toniques et cloniques étaient générales, et cependant le malade conservait toute sa connaissance. A plusieurs reprises le patient m'a raconté diverses circonstances qui s'étaient passées pendant son accès même, et dont les assistants m'ont confirmé la réalité.

Ainsi les épileptiques dont les attaques débutent par une convulsion partielle des muscles volontaires offrent, dans leurs intervalles, des accès plus légers, qui peuvent présenter tous les degrés intermédiaires entre une attaque complète et un très-court engourdissement, dans la partie qui est le point de départ des convulsions.

Parmi ces degrés, il en est un en particulier dans lequel les convulsions sont générales sans que la connaissance soit abolie.

La durée de ces accès varie, pour les plus légers, de quelques secondes à 2 ou 3 minutes ; elle est pour les plus forts de 3 à 5 minutes. Toutefois, de même que certains épileptiques présentent de loin en loin des états d'attaques, c'est-à-dire des convulsions continues qui durent une ou plusieurs heures, les malades appartenant à la catégorie que nous étudions dans ce chapitre peuvent offrir des états de préludes ou d'accès qui persistent pendant une demi-heure ou une heure. Mais ces cas sont d'une extrême rareté, car nous ne les avons rencontrés que chez un seul de nos 50 épileptiques.

Des trois genres que nous avons admis, celui des débuts péripheriques est le plus propre à l'étude des accès incomplets ; aussi cette espèce de manifestation a-t-elle été signalée

depuis longtemps, mais elle a toujours été fort mal décrite et obscurcie par la théorie bizarre de Galien sur l'*Aura epileptica.* Le premier, nous avons tracé une description méthodique des attaques à débuts périphériques, des accès incomplets et des préludes qui les accompagnent ; le premier, nous avons démontré par de nombreuses citations historiques que l'*Aura epileptica* des anciens n'était que le phénomène mal observé de la crampe initiale envahissant successivement tout le système musculaire (1).

Nous terminerons cette section par un fait général de la plus grande importance, c'est que la catégorie d'épileptiques dont nous nous occupons ici n'offre jamais, ou presque jamais, d'autres accidents de petit mal que ceux que nous venons de décrire, et en particulier jamais ou presque jamais de *vertige comitial;* s'il existe quelques exceptions, elles doivent être fort rares. Voici les seules qui nous laissent quelque doute sur ce point.

Dans l'un de ces faits il s'agissait d'étourdissements continuant sans interruption pendant un quart d'heure au moins, et quelquefois durant quelques heures; il n'y avait aucun trouble intellectuel ; la vue et l'ouïe étaient nettes ; la malade parlait comme à l'ordinaire, mais, pendant qu'elle éprouvait cet état vertigineux, elle n'osait pas marcher et surtout descendre les escaliers, dans la crainte d'une chute; jamais, à la suite immédiate de cet état, il n'est survenu d'accès, tandis que la patiente était sujette à des crampes de l'œil gauche, qui étaient ou non suivies d'attaques. Un épileptique, que nous traitions par correspondance, nous signala à une certaine épo-

(1) *Ouvrage cité*, p. 382-425.

que des *étourdissements qui lui faisaient perdre l'usage de son corps;* nous n'avons pu en tirer davantage. Dans l'histoire d'un troisième cas, nous trouvons la mention de vertige, mais sans aucun détail ; et, comme dans le cas précédent, nous pensons qu'il s'agissait du vertige commun ou simple étourdissement. Enfin dans le dernier de ces 4 cas (Obs. IV[e]), le patient, dont les attaques débutaient par une crampe de la main gauche, avait souvent des préludes et accès incomplets suivant la marche que nous avons décrite pour ces cas. Mais deux fois seulement, la convulsion de la main a été précédée pendant une minute ou deux d'un vertige (trouble de la vue, crainte de tomber, légères nausées avec intégrité de l'ouïe et de l'intelligence). Dans l'une de ces deux circonstances, la convulsion qui a suivi s'est arrêtée à la main ; dans l'autre, l'attaque a été incomplète. Ici donc, en admettant un véritable vertige comitial, ce qui est encore douteux pour nous, il accompagne la crampe, qu'elle soit un prélude isolé ou le commencement d'une attaque. Le vertige n'était donc, dans ces cas, comme toujours, qu'un symptôme de début.

SECTION TROISIÈME

RAPPORTS ENTRE LES ATTAQUES ET LES ACCÈS OU PRÉLUDES.

Pour faciliter l'étude des accès incomplets, il est indispensable de classer les divers degrés de manifestations comitiales qui peuvent aller depuis le symptôme initial isolé jusqu'à l'attaque complète. Nous nous proposons, comme nous l'avons déjà essayé dans notre ouvrage, de grouper en trois

séries ces nombreuses nuances, pour le genre qui nous occupe ici.

1° Les *attaques*, où tout le système musculaire est envahi et où toutes les sensations sont abolies.

2° Les *accès*, qui présentent des convulsions, pouvant être très-étendues, sans que la connaissance se perde.

3° Les *préludes*, ou atteintes se bornant, ou à peu près, au symptôme initial de l'attaque.

Quoique ce soit détourner l'expression de son sens classique, à défaut d'une meilleure dénomination, nous emploierons le mot de *crises*, dans son exception vulgaire, pour désigner en général les manifestations comitiales, quel que soit le degré auquel elles appartiennent.

Ces qualifications étant convenues, nous allons examiner quels sont les rapports qui existent entre les trois degrés de crises chez les épileptiques à débuts périphériques.

Le plus important de ces rapports est sans contredit celui qui est relatif à leur nature. Il ne semble pas nécessaire d'insister sur l'identité parfaite qui existe entre le début ou la première période des attaques et les manifestations spasmodiques qui se montrent dans leurs intervalles : siége, sensations, phénomènes, marche, tout est pareil, et cela sur chaque individu, quel que soit le point de départ qui est variable chez les divers sujets, mais toujours, ou presque toujours semblable chez les mêmes patients. Il n'y a de différence pour chaque épileptique que dans l'étendue des convulsions qui offrent des degrés infinis, et dans l'état des sens, et de l'intelligence qui, conservés dans les accès et préludes, sont abolis dans l'attaque.

Dans les épilepsies à débuts périphériques les manifesta-

tions comitiales qu'on observe entre les grandes crises, ne sont donc (ainsi que nous l'avons énoncé d'avance pour tous les genres d'épilepsie) que des attaques qui avortent.

Le complément de preuve se trouve dans ce fait que la catégorie d'épileptiques dont nous nous occupons ici n'éprouve pas d'autres accidents de petit mal.

Il y a de l'intérêt à rechercher par lequel des trois degrés que nous avons admis débute ordinairement la maladie elle-même. Pour les cas récents, cette enquête est facile, mais quand l'origine du mal remonte à plusieurs années, le peu d'importance qu'on ajoute à de simples engourdissements ou à des crampes fugitives fait qu'ils ne laissent guère de trace dans le souvenir des malades, ou de leurs parents. Nous négligerons en conséquence dans cette recherche un certain nombre de cas douteux.

Sur 39 épileptiques la maladie a débuté 17 fois par des attaques. Les préludes ont commencé souvent quelques jours après ; mais il s'est écoulé quelquefois plusieurs mois, deux ans et même une fois dix-sept ans, entre la première attaque et le premier prélude ou accès. Les préludes se montrent à l'ordinaire avant les accès.

Chez 19 épileptiques les préludes ou accès (le plus souvent les premiers) ont marqué le début. Dans la moitié de ces cas, la première attaque est survenue quelques jours, quelques semaines, ou quelques mois après. Dans la seconde moitié des faits, il s'est écoulé six mois, deux ans et même quatre, avant que les crises s'accompagnassent de la perte de la connaissance.

Enfin, dans 3 cas, la maladie a commencé le même jour par des préludes et une attaque.

Dans la moitié des cas au moins, l'épilepsie commence donc par des manifestations incomplètes. Nous n'insisterons pas ici sur l'importance de ce fait au point de vue d'un diagnostic prompt de cette maladie. Nous rappellerons seulement que nous avons prouvé, qu'en général le mal caduc se guérit d'autant plus facilement qu'il est attaqué par des moyens convenables, à une époque plus rapprochée de son origine.

Si l'épilepsie commence dans la majorité des cas par des manifestations incomplètes, elle finit bien plus souvent encore de la même manière. *Toutes les fois, ou à peu près, qu'à la suite du traitement nous avons vu une guérison ou une suspension prolongée des accidents, nous avons constaté que les préludes avaient persisté après les attaques pendant un temps plus ou moins long.*

La moitié de nos 50 épileptiques (25) a présenté les trois degrés réunis. Dans un peu moins de la moitié des cas, il y avait des attaques et des préludes sans accès (23) ; nous n'avons pas rencontré de malades, ayant des attaques et des accès sans préludes. Il ne se trouve pas dans notre série de patients n'ayant que des accès et des préludes, ou l'un de ces degrés seulement. C'est qu'alors l'épilepsie étant presque toujours méconnue, on ne nous adresse pas ces malades. Mais, comme on l'a vu un peu plus haut, l'épilepsie à débuts périphériques commençant le plus souvent par des manifestations incomplètes, bon nombre de ces malades offrent pendant un certain temps ces deux degrés isolés ou réunis. Quant aux cas n'offrant que des attaques, ils sont infiniment rares ; il n'y en a qu'un sur nos 50 faits, et encore le

cas est-il douteux, cette dernière circonstance est d'un haut intérêt. Quand il s'agira de reconnaître l'épilepsie, l'on n'aura plus seulement comme moyens de diagnostic les symptômes de l'attaque et la marche des crises ; on aura le signe précieux des accidents intermédiaires, préludes et accès, si faciles à reconnaître par leur identité avec le début des attaques chez le sujet observé.

La brièveté des crises incomplètes, leur périodicité irrégulière ne permettront pas non plus de méconnaître le mal caduc chez les épileptiques de ce genre qui n'ont point encore eu d'attaques.

Les préludes ou accès sont à l'ordinaire, chez le même malade, plus fréquents que les attaques ; sur 40 épileptiques, 28 avaient habituellement plus de crises incomplètes que d'attaques ; 3 seulement en avaient à peu près le même nombre ; 9 avaient plus d'attaques que de préludes et d'accès.

— La prédominance diurne ou nocturne des attaques ou accès doit appeler notre attention ; mais il est impossible d'obtenir sur ce sujet aucun résultat précis tant qu'on se bornera, comme les auteurs l'ont fait jusqu'à présent, à parler de nuit et de jour, sans convenir du sens qu'on attache à ces mots et des limites à tracer entre ces deux périodes de la journée. Par des motifs que nous ne répéterons pas ici, nous avons dans notre ouvrage sur l'épilepsie appelé attaques *diurnes*, celles qui survenaient, le malade étant levé ; attaques *nocturnes*, celles qui arrivaient, le malade étant au lit, mais la force des choses, c'est-à-dire la liaison habituelle des deux circonstances nous a forcé à ranger dans cette seconde catégorie les attaques se manifestant de

jour, le patient dormant sur un siége. La durée comparative des deux périodes est un élément indispensable pour apprécier la tendance diurne ou nocturne des attaques ou accès ; si l'on tient compte de la forte proportion d'enfants qui entrent dans notre série générale, on doit adopter, pour la durée moyenne des heures passées au lits, le minimum de neuf heures ; et pour celles des heures d'activité le maximum de quinze heures. Ce rapport nous servira à mesurer l'influence que l'action diurne ou le repos nocturne ont sur le retour des accidents comitiaux.

Sur 47 de nos malades 22 avaient leurs *attaques complètes*, toujours ou le plus souvent étant levés.

2, à peu près également étant levés ou couchés.

23, toujours ou le plus souvent au lit, ou dormant de jour sur un siége.

L'égalité approximative du nombre des cas à prédominance diurne et de ceux à prédominance nocturne, indique pour les cas à débuts périphériques, en raison du partage inégal des heures de ville et de repos, une disposition au retour des attaques pendant le sommeil ou la sieste, double à peu près de celle des accès pendant le jour.

Sur 47 épileptiques ayant, outre leurs attaques, des *accès* ou des *crampes*.

26, avaient leurs accidents de petit mal, toujours ou le plus souvent, pendant la veille.

2, a peu près également de jour et de nuit.

19, le plus souvent ou toujours étant couchés ou dormant.

Ces chiffres, toujours en tenant compte du partage inégal des heures de veille et de repos, indiquent encore une lé-

gère tendance des accidents incomplets, à revenir la nuit plus que le jour, mais cette tendance est peu marquée et bien moindre que pour les attaques.

Parmi les causes accidentelles, qui ont paru provoquer les attaques, accès ou préludes du genre dont nous nous occupons, il faut mentionner, surtout à cause de la fréquence du cas, une action prolongée ou une contraction forte des muscles qui sont le siége habituel de la crampe initiale. On verra que le sujet de la troisième observation à début par la main prit sa première attaque en boutonnant son pantalon; une autre fois il fut atteint en tenant la rampe d'un escalier qu'il montait. Une autre malade, offrant le même début, eut une attaque en réglant du papier. Un graveur prenait si souvent sa crampe en maniant son burin qu'il dut quitter sa profession.

Chez les sujets des septième et huitième observations à débuts maxillaires, quelques accès furent provoqués par la mastication d'un corps dur; et comme le premier avait remarqué que ses accès ou préludes diurnes remplaçaient les attaques nocturnes qu'il redoutait beaucoup, il provoquait quelquefois les premiers en mâchant un corps résistant, afin de prévenir les secondes.

Le malade de la sixième observation dont les accès commençaient par les muscles abaisseurs de la mâchoire prit sa première attaque dans un fort bâillement.

Les moyens abortifs des attaques ont été, de notre part, l'objet d'une étude attentive, vu l'importance de ce sujet. Les procédés employés dans ce but par les épileptiques leur sont plus souvent suggérés par l'instinct que par des conseils. Ils sont très-variés, quoique le plus habituellement ils se

réduisent aux moyens qu'on emploie contre les crampes ordinaires.

Dans le plus grand nombre des cas, quand il s'agit de crampes d'une extrémité, les malades compriment eux-mêmes ou se font comprimer circulairement ce membre. Une ligature un peu forte, manœuvrée quelquefois en garrot, et mieux encore, suivant le conseil d'Odier, deux bracelets d'acier pouvant être serrés par un seul cordon et placés à des hauteurs différentes, sont les meilleurs moyens à employer dans ce but; mais ces instruments de délégation doivent être très-résistants, car il est souvent nécessaire d'employer une force assez grande. Chez une jeune fille à début par l'extrémité inférieure, une jarretière portée toute la nuit a paru avoir une heureuse influence.

Quelques malades, pendant que la crampe est encore bornée à la main demi-fléchie, en appliquent la face palmaire sur une surface plane et de l'autre main pressent fortement sur le dos de celle qui est atteinte; c'est en réalité un procédé d'extension forcée que nous verrons bientôt reproduit sous une autre forme. — D'autres, dans les cas des convulsions faciales, compriment de la main seule ou avec un mouchoir le siége de la crampe. Nous avons vu pratiquer la même manœuvre dans un de ces cas.

Instinctivement, la plupart des patients entraînent le membre ou l'appendice contracturé, la tête, le tronc, en sens opposé de la convulsion; tel dont la mâchoire s'ouvre, la presse pour la fermer; celui dont le bras s'élève l'abaisse avec l'autre main. Un malade dont le tronc s'infléchissait à gauche se retenait au bras droit de son fauteuil, un autre demandait qu'on lui tournât la tête en sens inverse de celui

où l'entraînait la convulsion, etc. Ce procédé est, après la ligature, le moyen qui semble le mieux réussir.

Les frictions sur les muscles convulsés sont encore une ressource instinctive assez fréquemment employée.

D'autres moyens perturbateurs aboutissent aussi quelquefois, tels qu'une vive agitation du membre, le pincement du petit doigt ou du petit orteil, des coups frappés avec un corps dur ou avec la paume de la main sur le trajet des muscles, la projection d'eau froide à la figure. Un épileptique chez qui la convulsion commençait à la base de la langue assurait pouvoir faire avorter ces accès à leur début par le déploiement d'une énergique volonté; nous supposons que l'acte de volonté dans ce cas consistait à contracter les antagonistes des muscles convulsés. Enfin, un malade à début buccal luttait contre la contraction pharyngienne en faisant fondre des pastilles dans sa bouche, pour avaler plus abondamment sa salive, ou bien il faisait de fortes inspirations pour vaincre le spasme laryngé.

Mais de tous les moyens que nous venons de retracer d'après nos faits, le plus efficace paraît être la combinaison de la compression circulaire avec l'extension forcée des muscles convulsés.

Quelque doute plane toujours sur le succès des moyens abortifs. En effet, comme les épileptiques de ce genre éprouvent alternativement, et d'une manière irrégulière, des attaques, des accès et des préludes, il est fort difficile de savoir si l'arrêt de la crise a été spontané ou s'il a été le résultat des procédés employés dans ce but. Certains malades prétendent ne s'y pas tromper; ils affirment, et cette remarque est souvent juste, que les premiers symptômes

d'une attaque qui doit aboutir, offrent une intensité et une rapidité de succession qui les distinguent du prélude ou de l'accession par avortement spontané; et cependant il arrive à ces épileptiques d'être pris au dépourvu et de subir une attaque quand ils ne croyaient qu'à un accès, tandis que d'autres fois les symptômes alarmants s'arrêtent, alors que le patient ne croyait pas à cette issue.

Cette question du traitement abortif des accès nous entraîne malgré nous à examiner quelle est la cause réelle efficiente de ce genre particulier d'attaques que nous avons appelées à débuts périphériques. Ce sujet a d'ailleurs un intérêt pratique important.

Les médecins grecs, en particulier Arétée et Galien, plaçaient dans ces cas le siége même de la maladie au point de départ de la convulsion ou de l'aura. L'humeur morbifique s'élevait de là à la tête et amenait l'attaque, d'où le conseil, suivi par un grand nombre de praticiens, même modernes, d'amputer, de brûler l'appendice où est l'origine du mal. Cette théorie ne mérite pas aujourd'hui d'être refutée.

Mais il en est une plus spécieuse qui a encore de nos jours quelques partisans. La perturbation fonctionnelle qui produit l'attaque a bien son siége dans l'encéphale, mais cette perturbation n'est que sympathique d'une affection qui réside loin du cerveau, de même que, dans l'éclampsie des enfants, les convulsions sont sympathiques de la dentition, des vers intestinaux, etc. Le siége réel du mal, sa cause organique seraient là où se manifestent les premiers symptômes de l'attaque. A l'appui de cette doctrine pour l'épilepsie sympathique externe on a cité des cas de tu-

meurs, d'ulcères, de cicatrices siégeant au point de départ de l'aura ou de la convulsion; on a raconté des opérations pratiquées sur ces points qui auraient été suivies de la guérison de l'épilepsie ; enfin, on s'est appuyé sur les effets utiles des ligatures, de la compression, pour faire avorter les attaques et amener même la libération entière du malade.

Toutes ces données et les faits incomplets sur lesquels elles reposent sont loin d'avoir la valeur qu'on leur attribue. La seule observation complète d'épilepsie à début périphérique, accompagnée d'autopsie, que nous avons rencontrée dans les auteurs est due à Odier (1) ; nous la reproduirons en l'abrégeant, elle suffirait seule à prouver péremptoirement la fausseté de la doctrine des épilepsies sympathiques externes.

Un ancien militaire qui avait reçu un coup de sabre sur la tête à la bataille de Rosbach, en 1755, vint consulter Odier en 1775 pour des crampes fréquentes du petit doigt de la main droite, qu'il éprouvait depuis quelques mois seulement. Les crampes augmentaient peu à peu de fréquence, d'intensité et d'étendue; elles gagnèrent successivement le coude, l'épaule et enfin la tête ; alors il y eut de véritables attaques d'épilepsie. Sur le conseil d'Odier, une double ligature portée à demeure sur l'avant-bras, le bras, et serrée à propos, réussit à faire avorter constamment les attaques pendant plusieurs années. Une fois, dans un état d'ivresse, le malade oublia sa ligature et eut une attaque complète ; dès lors la compression échoua, les attaques se multiplièrent, partant toujours du petit doigt de la main droite, la paralysie

(1) Odier, *Manuel de médecine pratique*, 3e édition. Genève, 1821, p. 180.

se manifesta d'abord à droite, puis à gauche; les facultés s'altérèrent, et le malade mourut en 1785 dans un état cachectique. A l'ouverture du corps on trouva d'abord, sur l'os pariétal du côté gauche, la trace du coup de sabre, et puis précisément au point correspondant de l'intérieur du crâne, on vit sur l'os une protubérance inégale avec une apparence de carie, et immédiatement au-dessous de la dure-mère, dans ce même endroit, une tumeur sanguine de la grosseur d'une très-grosse pomme molle et à peu près de la consistance de la rate recouverte d'une fine membrane à demi transparente. Cette tumeur s'était fait un lit dans le cerveau et y pénétrait presque jusqu'à la base du crâne, comprimait fortement le ventricule gauche, tandis que le droit, très-dilaté, contenait ainsi que les autres une grande quantité de sérosité limpide. Toutes les autres parties du cerveau et tout le reste du corps étaient sains.

Parmi ceux de nos épileptiques de cette catégorie dont nous avons pu suivre le sort, 3 ont succombé, mais il n'en est qu'un seul dont on ait pu obtenir l'autopsie, et encore a-t-elle dû être limitée à la tête.

Voici le résumé de cette histoire, nous insisterons seulement sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique, seules parties utiles pour le sujet qui nous occupe.

Jeune homme de 16 ans et demi, commis marchand, père mort phthisique; un frère cadet, enlevé à 6 ans par une méningite granuleuse.

Début à 16 ans par 2 attaques en 1 jour, dès lors une attaque isolée ou une série tous les 8 à 15 jours, simples préludes ou menaces d'attaque dans les intervalles, en même nombre, ou à peu près, que les crises convulsives générales.

Les attaques débutent toujours par de l'engourdissement et des picotements dans les doigts de la main gauche ; le plus souvent les deux derniers doigts, quelquefois le pouce, sont primitivement atteints ; cet engourdissement s'étend au poignet et à l'avant-bras, et s'y accompagne d'une contraction des muscles très-douloureuse (bien plus douloureuse qu'une crampe ordinaire). La contraction remonte au bras, à l'épaule et au cou, toujours du côté gauche, l'avant-bras se fléchit, le bras se porte en arrière, la connaissance se perd, il y a chute, convulsions toniques générales, puis secousses, congestion à la face, râle, écume, le plus souvent morsure de la langue, comme quelquefois vomissements, fatigue et céphalalgie à la suite.

Dès la première menace ou le premier accès incomplet, les picotements, l'engourdissement, la contraction tonique se sont étendus jusqu'à la face et même à la langue, mais le côté droit n'a pas été envahi, les sens et la connaissance n'ont pas été troublés, il n'y a eu aucune convulsion clonique, la durée a été d'environ 2 minutes.

Depuis cet accès le malade a porté un double bracelet au poignet et au bras, manœuvré par un seul lacet. Dès lors il n'y a plus d'accès semblable à celui que nous venons de décrire ; tantôt l'attaque a été complète, malgré la compression ; tantôt la crampe s'est arrêtée au premier ou au second bracelet. Dans ce dernier cas, on a vu les tendons se soulever pendant la crampe et les doigts être agités de secousses.

On nous a signalé une fois une crampe de la jambe dans le cours d'une menace arrêtée par le bracelet.

Il y a eu quelquefois de simples engourdissements de la main sans crampe.

Ce jeune homme qui, dans les premiers mois de sa maladie, avait en moyenne 6 attaques par mois, la vit disparaître pendant 9 mois, sous l'influence d'un traitement par la *selin des marais*, dirigé par nous d'abord, puis par un autre praticien. Ce traitement fut 2 fois interrompu par une méningite qu'on caractérisa de méningite franche. Des symptômes de cachexie tuberculeuse se développèrent, et le malade succomba 20 mois après le début de l'épilepsie. Les attaques avaient reparu 12 jours avant la mort, 3 mois et demi après la cessation du traitement.

A l'autopsie on trouva dans l'hémisphère droit du cerveau, vers sa partie antérieure et supérieure, au niveau de la base des circonvolutions, un tubercule grisâtre, très-consistant, du volume d'un pois, offrant deux tubérosités de couleur jaunâtre; le tissu cérébral environnant paraissait sain. Vis-à-vis de ce tubercule l'arachnoïde était rouge, injectée et adhérente à la dure-mère. On trouva en outre deux tubercules gélatiniformes sur la face droite de la faux. Dans l'hémisphère gauche, près de la base des circonvolutions, existaient encore trois tubercules disséminés, mais du volume seulement d'une forte tête d'épingle, il y en avait deux autres semblables, du même côté, l'un dans la couche optique, l'autre dans le corps strié. Des adhérences intimes et très-épaisses réunissaient les deux hémisphères au niveau des nerfs olfactifs, et une plaque crétacée se rencontra dans l'arachnoïde, à la face antéro-supérieure de l'hémisphère gauche; le cerveau, la pie-mère, les vaisseaux et les sinus de la dure-mère étaient injectés ou gorgés de sang noir et fluide, il n'y avaitaucune trace d'épanchement dans les ventricules.

Au milieu de ces altérations variées, il faut mettre en première ligne le tubercule de l'hémisphère droit, de beaucoup le plus volumineux de tous, et deux autres à droite de la faux. Il est utile en outre de rappeler que c'est toujours par la main gauche que débutaient l'engourdissement et la contracture.

Voilà donc 2 cas d'épilepsie à début périphérique, deux malades qui, sous l'action de la ligature, ont vu avorter leurs attaques un grand nombre de fois, et *chez qui la cause organique, non-seulement de l'épilepsie, mais encore du siége de la manifestation initiale, résidait incontestablement dans le cerveau.* Et ces cas sont les seuls, avec autopsie, dont nous ayons connaissance.

A cette preuve péremptoire ajoutons d'autres faits moins significatifs, il est vrai, mais qui appuient la conclusion qui découle des 2 cas précédents.

Chez deux de nos 50 épileptiques, la maladie avait débuté dans la première enfance, à la suite d'une affection aiguë fort grave du cerveau, et le membre qui, chez chacun d'eux, était le point de départ des convulsions, était atteint de paralysie. Un troisième avait eu une attaque d'hémiplégie à 13 ans; à 24 ans, lors du début de l'épilepsie, il restait encore un peu de faiblesse dans le côté droit, siége primordial des convulsions.

Chez un quatrième, après un certain nombre de préludes et 8 mois après la première attaque, il y avait eu une hémiplégie qui durait encore il y a une année, quoique très-améliorée.

Trois autres étaient phthisiques, et l'un d'eux, quelque temps avant sa mort, avait eu une paralysie incomplète de la main d'où partait l'aura.

Des 7 observations complètes à débuts périphériques que nous avons données dans notre ouvrage et qui ne figurent point dans le travail actuel, l'une (1) est celle d'une jeune phthisique morte avec des symptômes de tuberculisation cérébrale, une autre (2) malade avait eu une hémiplégie faciale.

Enfin, sur 2 cas d'épilepsie de cette catégorie donnés par Cazauvieilh et Boucher (3), l'un concernait une fille devenue phthisique.

Ainsi les faits tendent à démontrer que, dans le cas d'épilepsie prétendue sympathique externe, l'affection se montrerait souvent liée à une lésion organique du cerveau; *à priori*, d'ailleurs, la localisation toujours la même des premiers symptômes et leur apparition isolée sembleraient indiquer une cause locale qui, du moment où elle ne se trouve pas dans les organes qui sont le siége de ces symptômes, doit résider dans un point déterminé et unilatéral des centres nerveux. Les épilepsies à débuts périphériques devraient donc, plus que les autres, reconnaître pour cause des lésions anatomiques de ces centres. Mais il faut se garder de trop généraliser cette origine, quoiqu'elle soit certaine dans plusieurs faits. Nous possédons 12 cas, tirés de notre pratique, de guérisons appartenant à ce genre d'épilepsie, et 2 de ces guérisons remontent à plus de 14 ans; d'autres malades sont en voie de guérir; les attaques ayant cessé depuis assez longtemps, on ne peut pas supposer qu'il y eût dans ces cas de lésions organiques du cerveau. Nous devons ajou-

(1) Herpin, *Ouvrage cité*, obs. XVIII, p. 125.

(2) Herpin, *Ouvrage cité*, obs. XIX, p. 133.

(3) Cazauvieilh et Boucher, *de l'Épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Archives générales de médecine*, janvier 1826, t. X, p. 29).

ter que, sur les 50 épileptiques de cette catégorie, 45 n'offraient aucune lésion appréciable dans les points de départ des convulsions, mais que, dans 5 cas, une cause locale avait pu décider la localisation des débuts. Un de ces malades chez qui la crampe commençait par la main droite, portait sur la seconde phalange du médius de cette main une cicatrice très-prononcée, résultat d'une morsure de cheval, éprouvée 3 mois avant l'invasion de l'épilepsie. Un épileptique dont les attaques débutaient par le milieu du bras droit montrait sur la face dorsale du médius, du même côté, une longue cicatrice partant de la première articulation phalangienne, passant sur la seconde et contournant la face externe de la dernière phalange, la phalangette était atrophiée à sa base et ankylosée à angle de 45° avec la phalangine; évidemment l'articulation avait été ouverte. Cette cicatrice était le résultat d'un coup de hache reçu 9 à 10 ans avant les premiers préludes épileptiques. Dans un troisième cas où les attaques débutaient également par le bras gauche, il y avait eu à 14 ans une fracture de l'humérus de ce côté, 2 ou 3 années avant le début de l'épilepsie. Un quatrième qui n'était devenu épileptique qu'à 35 ans, et dont la crampe initiale avait pour siége les orteils droits, avait eû à cette jambe, à 14 ou 15 ans, un anthrax et de nombreux furoncles dont il portait les traces. Enfin dans le cinquième cas, à début par les derniers doigts de la main gauche, l'épilepsie avait commencé 2 mois et demi après une chute sur l'épaule de ce côté, chute à la suite de laquelle le bras était resté à demi paralysé pendant quelques semaines.

Ces cas, du reste très-exceptionnels, rapprochés de ceux analogues qu'on rencontre clairsemés dans les annales de la

science, n'ont point la valeur qu'on leur a attribuée. Les lésions indiquées ont pu jouer un rôle dans la détermination du siége du symptôme initial; elles peuvent, en provoquant une action réflexe, jouer le rôle des causes occasionnelles des attaques, mais elles ne sauraient, par elles-mêmes, avoir produit l'épilepsie, et, en fait de traitement, elles ne peuvent indiquer que des moyens palliatifs.

Enfin un fait général qu'il nous reste à invoquer contre la théorie des épilepsies sympathiques externes, c'est que, chez le même sujet, le siége de la convulsion peut de loin en loin être différent du lieu habituel. Ainsi la jambe ou la joue peut remplacer parfois le bras; on en verra plusieurs exemples dans les observations que nous allons bientôt reproduire. Quoiqu'elle soit rare chez le même malade, cette intervention s'observe sur un trop grand nombre d'épileptiques de ce genre, pour qu'il soit possible d'admettre que le point de départ de l'aura, soit le siége du mal, ou même de la cause morbide.

Rien ne prouve donc qu'il existe des épilepsies sympathiques externes; tout établit, au contraire, que ces cas ne constituent qu'une variété symptomatique.

SECTION QUATRIÈME

OBSERVATIONS D'ÉPILEPSIES A DÉBUT PÉRIPHÉRIQUE.

Première Observation.

Jeune personne de vingt et un ans, très-intelligente; une cousine germaine morte épileptique. Scrofules dans l'enfance; sans cause occasionnelle connue, à quatorze ans, courts

accès d'engourdissements de la main droite qui ont été plus tard le premier symptôme des attaques. Ces légers accès se sont reproduits, par intervalles, pendant deux ans environ avant la première crise des convulsions générales. Les attaques, d'abord isolées, sont revenues bientôt par séries de 2 à 7 en un ou deux jours; tous les mois environ, la série commençait, et finissait toujours par des préludes, qui n'aboutissaient pas.

Les descriptions qui vont suivre sont le résultat des narrations concordantes de la maladie de la part de son père et de sa femme de chambre :

L'attaque débute toujours par une sensation d'engourdissement et de fourmillement de la main droite. Il survient bientôt de la raideur des doigts accompagnée de douleur, et quelquefois des mouvements convulsifs de ces appendices ou de la main. La nuit, ces sensations réveillent la malade, en sorte qu'elle n'est jamais prise d'une attaque sans s'en apercevoir. On a toujours le temps de comprimer l'avant-bras et le bras. Quand le mal s'étend à l'avant-bras, il consiste en une véritable crampe, très-pénible, très-douloureuse, qui arrache des cris de souffrance, en même temps qu'elle jette la malade dans un trouble extrême par la crainte de l'attaque. Elle s'écrie avec effroi : *Serrez mon bras, serrez mon bras.* Quand on comprime le membre avec la main, on sent que les muscles sont tendus et *raides comme des barres.* La crampe gagne le bras, l'épaule, le cou, le côté droit de la face, le pourtour droit des lèvres. Alors la patiente éprouve encore une constriction qui arrête la respiration; la vue, l'ouïe se perdent, et bientôt la connaissance. Avant d'être instruite par l'expérience, la malade croyait mourir suffoquée au mo-

ment où elle perdait ses sens. A cet instant, la tension convulsive s'est généralisée, il y a rotation de la tête à *droite* et le plus souvent emprosthotonos; la respiration est suspendue; la face noircit, la mort par asphyxie paraît imminente, ses extrémités contracturées sont agitées de vives secousses, qu'un tremblement a précédées; la face est en proie à d'horribles convulsions, sa respiration reparaît, mais râlante. Enfin, de l'écume souvent sanguinolente, s'échappe de la bouche. Dans la première attaque, il y a eu une selle involontaire, cela n'est jamais arrivé dès lors; mais, quand les crises surviennent vers la fin de la nuit, l'urine est rendue pendant les convulsions. La langue est le plus souvent mordue. Avec le collapsus, arrive un coma sans stertor, qui se prolonge un quart d'heure, plus ou moins; sa durée est en rapport direct avec la violence de l'attaque. Au réveil il y a stupeur d'abord, puis léger délire. La patiente regarde sa femme de chambre (qui est son ancienne bonne) avec surprise et effroi et lui dit: *Tu me fais peur;* mais reprend ensuite toute sa connaissance et s'endort tranquillement. Le lendemain (les attaques arrivent presque toujours de nuit), il y a céphalalgie et courbature. Pendant deux ou trois jours, les paupières et leur pourtour offrent le plus souvent un piqueté ecchymotique. Nous venons de décrire le début le plus ordinaire, celui de la main droite; il est arrivé très-rarement que la crampe ait commencé par le membre abdominal droit pour remonter au bras, et de là suivre sa marche ordinaire.

Dans l'intervalle de ces paroxysmes la malade n'éprouve aucun malaise qu'on puisse attribuer à sa maladie: ni étourdissements, ni vertiges, ni absence, ni spasmes quelconques. Mais, pendant la durée du paroxysme, avant les attaques,

dans leurs intervalles, ou dans les heures qui suivent la dernière, elle a toujours des préludes d'attaques qui n'aboutissent pas et qu'elle appelle des *menaces*.

Ces menaces consistent, dans leur degré le plus léger, en une sensation de frôlement sur l'index ou la paume de la main. Dans un degré un peu plus fort, il y a engourdissement et fourmillement, quelquefois avec de légers battements ; le prélude s'arrête fréquemment là ; mais il va souvent aussi jusqu'à la crampe de cette partie, et du mouvement convulsif des doigts la crampe peut atteindre l'avant-bras, plus rarement le bras, l'épaule, le cou et même la face, sans que l'attaque se complète. Cependant il est bien rare que les convulsions ne se généralisent pas, quand le coude est dépassé. Si la ligature a quelquefois réussi à arrêter la marche de la crampe, c'est, à ce que croit le père, quand on a pu l'appliquer à temps à la partie supérieure de l'avant-bras; même alors elle a échoué souvent; les préludes, d'ailleurs, n'ont pas toujours été suivis d'attaques, lors même qu'on n'a pas comprimé.

Il est arrivé parfois, mais rarement, que le fourmillement et l'engourdissement aient occupé le pourtour des lèvres à droite; jamais, dans ce cas, il n'y a eu d'attaque immédiatement consécutive. Une fois l'aura a paru à la main gauche; il n'y a pas eu de suite.

On a vu qu'à l'époque où nous fûmes appelé pour la première fois à donner des conseils à cette jeune personne (c'était en 1852), la maladie datait de sept années, et il y avait chaque mois un paroxysme de deux à sept attaques; soit une cinquantaine d'attaques par an. Divers traitements avaient amené une amélioration toujours croissante jus-

qu'en 1862. Dès cette année-là le nombre annuel des grands accès ne fut que de un à trois par an; et aux dernières nouvelles (en juillet 1862), le dernier intervalle avait été de quinze mois. Malheureusement cette dame avait renoncé trop tôt à l'emploi des moyens qu'une plus longue persévérance aurait très-probablement rendu complétement efficaces.

Deuxième Observation.

Jeune homme de vingt et un ans et demi, ouvrier graveur en bijouterie; aïeule maternelle morte en démence à cinquante-sept ans; mère hypocondriaque à un haut degré, un frère et une sœur morts phthisiques; phthisique lui-même.

Sans cause connue, à vingt et un ans, courts accès des crampes de deux doigts de la main gauche, suivis, le troisième ou le quatrième jour, d'une attaque complète d'épilepsie qui s'est répétée ensuite toutes les semaines environ. Les crampes reviennent plusieurs fois chaque jour, les attaques commencent toujours par un engourdissement qui, pendant une minute, occupe seulement le médius et l'annulaire gauches : survient une crampe de la main, alors ces doigts sont contracturés et légèrement fléchis; puis ils sont bientôt le siége de mouvements saccadés. La crampe, qui est fort douloureuse, gagne l'avant-bras, et sa main est entraînée en pronation exagérée. Quand la convulsion arrive au bras, l'avant-bras est porté en arrière, la crampe atteint ensuite l'épaule, et à ce moment le malade perd connaissance, ou du moins ses souvenirs s'arrêtent là. D'après le rapport des parents, il pousse alors un cri; la convulsion tonique se généralise; les yeux sont fixes, la bouche tirée vers

l'oreille gauche, *la tête tournée du même côté*. Les secousses se manifestent et prédominent à gauche, la face est d'un violet foncé, il y a menace d'asphyxie; le râle arrive, et bientôt l'écume, le collapsus et le coma succèdent. Après quelques minutes surviennent des vomissements abondants et plus ou moins répétés. L'intelligence revient lentement; le patient est effrayé et ne veut pas qu'on le quitte; il est baigné de sueur. Un ou plusieurs courts sommeils ramènent le calme. Il y a eu quelquefois morsure de la langue. La céphalalgie et la courbature peuvent persister encore le lendemain.

Les crampes non suivies d'attaques offrent des degrés divers, elles occupent exclusivement le médius et l'annulaire gauches; après quelques secousses dans ces doigts, la crampe s'arrête brusquement. Nous avons vu l'un de ces petits accès; le malade tenait la main appuyée et étendue en pronation sur l'autre. On voyait le tendon de l'extenseur auxiliaire du médius se soulever brusquement, de temps en temps, sans mouvement du doigt; puis; de loin en loin, le médius s'écartant de l'indicateur était brusquement porté vers l'annulaire; les petites crises durent une minute environ.

La contraction peut envahir toute la main et s'arrêter là, surtout à l'aide d'un double bracelet lacé qu'on serre fortement sur l'avant-bras et le bras au moment de la crampe. Cependant, ce moyen ne réussit pas toujours à prévenir l'attaque, et la crampe, avant que j'eusse conseillé le bracelet, s'arrêtait le plus souvent là.

Il est arrivé deux fois, vers la fin de la vie du patient, qu'il y ait eu des accès intermédiaires entre la crampe de la main et les attaques complètes. La convulsion tonique, après avoir

occupé primitivement les doigts et y avoir été accompagnée de quelques secousses, a gagné la main, l'avant-bras, l'épaule, le cou, le côté de la face et entraîné la rotation de la tête, sans que la convulsion se soit propagée au delà, et sans que la période clonique ait suivi. Il n'y a eu de contracture ni dans le côté opposé ni dans les membres abdominaux; point d'arrêt de la respiration; point d'écume. Le malade a conservé la pleine intégrité de ses sens et de son intelligence, il a marché pendant tout l'accès, et n'a pas cessé de parler. Il nous raconte les moindres détails de la crise; et ces détails sont confirmés par la mère, qui a été témoin de tout. Sous l'influence d'un traitement scrupuleusement suivi pendant près de sept mois, notre malade est resté huit mois et demi sans attaque, et sept mois sans crampe. Lors de la rechute qui a commencé par le retour des crampes, la convulsion a occupé la main droite au lieu de la gauche, l'annulaire et l'auriculaire au lieu du médius et de l'annulaire. Dès lors, les crampes, soit comme préludes isolés, soit comme débuts d'attaques, ont conservé le même siége.

Un nouveau traitement a supprimé les attaques pendant plus de six mois encore, et les crampes pendant six semaines; mais les progrès rapides de la phthisie n'ont plus permis de s'occuper que de cette dernière affection. Deux accès incomplets sont arrivés en un mois, puis 2 attaques, à deux jours d'intervalle. Le malade, parvenu du reste au dernier degré d'épuisement, a succombé dans la seconde attaque, ainsi qu'il l'avait prédit après la première.

Il n'y a jamais eu de vertiges ni de manifestations épileptiformes quelconques, en dehors de celles que nous avions décrites, si ce n'est qu'aux diverses époques où le mal a cédé

ou repris, les préludes se sont quelquefois bornés à l'engourdissement et à de légères secousses des doigts indiqués.

Troisième Observation.

Homme de trente-six ans et demi, fabricant de tabacs, une sœur maternelle épileptique ; deux mois et demi avant le premier accès, chute sur l'épaule, suivie d'une paralysie incomplète du bras pendant un mois.

A trente-six ans, début par un accès incomplet d'épilepsie, qui s'est renouvelé plusieurs fois dans chacune des semaines suivantes, puis, deux mois après l'invasion, véritables attaques revenant toutes les cinq à six semaines avec des accès dans l'intervalle. La plus légère des manifestations comitiales chez le malade consiste en un engourdissement passager des deux derniers doigts de la main gauche.

Les accès les plus ordinaires offrent les symptômes suivants : début par un engourdissement des deux doigts, qui s'étend aux autres, et s'accompagne bientôt d'une crampe de la main gauche, celle-ci se propage à l'avant-bras qui se fléchit ; elle est suivie de mouvements saccadés de ces parties. Mais la convulsion s'arrête bien rarement là ; elle gagne le bras, l'épaule, le cou et le côté gauche de la face, il n'y a pas rotation de la tête. Les convulsions cloniques suivent toujours la contraction tonique. La connaissance reste entière ; les convulsions de la face ne permettent pas au patient de juger de la vision à gauche, l'œil étant fermé, mais la vue de l'œil droit est intacte ; l'ouïe est nette, la déglutition est arrêtée et la respiration gênée ; le malade, quoique comprenant très-bien, ne peut pas parler. Ces accès ne durent qu'une minute environ.

Quelques crises ne sont pas limitées à la partie supérieure gauche du corps. Dans ces cas, le membre abdominal gauche est envahi après le thoracique ou après la face; la crampe y suit également une marche ascendante. Alors tout le côté gauche est pris de convulsions. Le malade ne tombe pas; il s'assied ou gagne son lit, il n'y a pas de sommeil consécutif.

Dans les attaques complètes, le patient perd connaissance après que le côté gauche a été envahi. Il y a quelquefois chute (parce que le malade ne croit qu'à un accès léger), toujours convulsions générales, figure bleue, râle, écume, sommeil, puis grande fatigue et céphalalgie, surtout à la tempe gauche.

Les accès sont à l'ordinaire provoqués par l'action de serrer quelque chose avec force ou continuité; le premier est survenu pendant que le malade faisait effort des doigts de la main gauche pour boutonner un vêtement. Il lui en est arrivé un autre en tenant de la main gauche la rampe d'un escalier qu'il montait.

Instinctivement, depuis le premier accès, il se frictionne ou se fait frictionner les parties qui sont le siége de la crampe; deux fois, par hasard ou non, la crampe s'est arrêtée au moment où la main passait sur le nerf cubital près du coude.

Cet épileptique, comme les précédents, n'a jamais eu d'autres accidents de *petit mal* que ceux que nous avons décrit; cependant deux fois la convulsion tonique a été précédée pendant une minute ou deux de vertige; trouble de la vue, légères nausées, crainte de tomber, avec intégrité de l'intelligence et de l'ouïe. Dans l'un de ces cas, l'attaque a été complète, dans l'autre la crise s'est arrêtée à la main.

Quatrième Observation.

Jeune fille de quinze ans, sans profession; aucune cause héréditaire connue. Phthisique depuis l'âge de dix ans, alitée tous les hivers pendant quelques semaines, et se rétablissant en apparence dans la belle saison.

A dix ans, elle est prise de courts et fréquents accès de crampes du membre thoracique gauche, sans autre symptôme nerveux. J'affirme alors à son médecin, le docteur Rilliet, qui me parle du cas, que ce sont des accès incomplets d'épilepsie, et qu'elle aura un jour des attaques complètes si on ne réussit pas à guérir ces premiers accidents. Peu à peu en effet, et malgré l'incrédulité de mon confrère, la convulsion tonique s'étend à tout le côté gauche du corps, et, s'accompagne de mouvements saccadés. Plus tard, les convulsions se généralisent parfois sans perte de connaissance; et enfin il survient, mais très-rarement, des attaques complètes.

La crampe initiale du membre thoracique qui continue à se montrer, de temps en temps, seule dans les intervalles des accès plus étendus, commence toujours par un engourdissement des doigts gauches, suivi d'une contracture douloureuse de la main, qui gagne l'avant-bras et le bras. Les doigts et l'avant-bras sont fléchis; la douleur est quelquefois si vive qu'elle arrache des cris. La face rougit, les sens sont intacts. Après une à trois minutes, la contracture cesse et la malade est bien. Dans les premiers temps la crise était quelquefois suivie de coliques, et d'une évacuation alvine. Les crampes qui surviennent presque constamment de jour se sont montrées quelquefois la nuit; alors la douleur réveille la malade; telles sont les crises du premier degré.

Les accès du degré immédiatement supérieur débutent de la même manière; mais la convulsion tonique gagne l'épaule, le côté gauche du tronc, le membre inférieur, le cou et la face; la bouche est tirée à gauche; les yeux sont dirigés du même côté. Les convulsions cloniques s'ajoutent aux toniques, mais toujours à gauche exclusivement, la salive spumeuse ou non, arrive sur les lèvres. Il y a, pendant l'accès, un trouble plus ou moins grand de la respiration, de la rougeur à la face, et sur la fin une sueur abondante. Il n'y a jamais eu de chute, ni de morsure de la langue, le sens et la connaissance restent intacts; la jeune fille, qui est très-intelligente, raconte avec netteté et lucidité tous les détails de l'accès; elle parle même pendant la durée des convulsions, mais en balbutiant et quelquefois d'une manière inintelligible.

Dans les plus forts accès, sans parler encore des attaques complètes, même debut, même marche, seulement les convulsions se généralisent à la face comme aux membres, et la vue se perd, quoique les paupières ne se soient pas fermées; mais l'ouïe et la conscience subsistent. Plus d'une fois elle nous a répété des phrases qu'elle avait entendues pendant le fort de l'accès, phrases dont on ne lui avait point parlé plus tard, et qui avaient été réellement prononcées. Au lit, elle tient quelquefois sa mère par le cou et l'embrasse avec effusion, au milieu des convulsions générales, et les attaques complètes diffèrent des plus forts accès que nous venons de décrire par l'abolition complète des sens et de la connaissance.

Aux dernières nouvelles que nous avons eues de la jeune malade, elle avait dix-neuf ans; elle était de petite stature; elle n'était point encore réglée et offraït toujours les sym-

ptômes de phthisie. A la suite de plusieurs traitements que nous lui avions fait subir, les accès étaient devenus beaucoup plus rares.

Cinquième Observation.

Religieuse âgée de 30 ans, fille d'un médecin mort depuis quelques années; mère éminemment hystérique. Scrofules dans l'enfance ; elle porte encore au cou, du côté gauche, une énorme tumeur glandulaire ; il n'y a jamais eu d'adénite suppurée. Phthisique depuis plusieurs années, et début à 7 ans par une attaque d'épilepsie suivie d'une seconde dans la même année. Dès la première, elle a été sujette à peu près chaque mois, et pendant plusieurs jours consécutifs, à des préludes d'attaques que nous décrirons plus loin, mais il s'est écoulé environ vingt ans entre la seconde attaque et la troisième. Celle-ci n'a pas été isolée, il y en a eu 3 dans la même nuit, à la suite d'une série de préludes. Trois mois après, un nouveau paroxysme est survenu, et fut composé de 5 attaques en moins de vingt-quatre heures. La jeune personne était alors très-gravement malade de la poitrine et alitée depuis deux mois, quoiqu'on fût en juin. Une nouvelle série d'attaques se montra à six mois d'intervalle et fut suivie, à même distance, d'un paroxysme de 13 attaques en un jour et une nuit. Enfin neuf mois après, nous étions appelé auprès de cette malade pour une série qui se composa de 60 attaques en quatre jours. La patiente ne commença à parler que le quatrième jour.

L'attaque débute toujours par un engourdissement ou

fourmillement des orteils gauches, surtout des premiers; quelquefois, mais rarement, ces sensations commencent au milieu des pieds ou au talon. Très-promptement, le fourmillement est suivi de crampe; celle-ci remonte à la jambe et à la cuisse et s'accompagne de palpitations musculaires visibles à l'œil, de là elle gagne la bouche. La contracture est plus ou moins douloureuse, parfois elle arrache des cris; le côté gauche de la poitrine est ensuite envahi, puis le membre thoracique de bas en haut. Les convulsions cloniques suivent la marche de la contraction tonique, et déjà la jambe est en proie à des secousses, quand la patiente s'écrie : *La voilà, ma sœur, la crise me prend, je le sens;* la malade sent sa bouche s'ouvrir involontairement et quelquefois se refermer, la vue s'obscurcit et s'éclaircit alternativement; puis il lui semble qu'elle tombe d'une hauteur et perd connaissance. Il lui est arrivé parfois de s'apercevoir que sa tête se renversait en arrière.

Le reste de la narration appartient à la sœur de la patiente qui est religieuse dans la même maison : Les yeux se renversent en haut et la tête en arrière; la bouche s'ouvre, plus tard les yeux se ferment et les mâchoires se serrent; la rigidité devient générale, puis arrivent de vives secousses de tout le corps; un râle humide se fait entendre et une salive mousseuse paraît sur les lèvres. La langue est fréquemment mordue, il n'y a jamais eu d'urines involontaires.

Nous avons parlé de longues séries de préludes revenant tous les mois environ; elles durent en général une dizaine de jours, les accidents sont fréquents chaque jour, et plus souvent diurnes que nocturnes, ils sont de deux ordres : les

engourdissements et les *crampes;* c'est ainsi que la patiente les nomme.

L'engourdissement commence, comme au début de l'attaque, par les orteils et remonte plus ou moins haut dans le côté gauche du tronc et dans le membre thoracique jusqu'à la face; il ne s'accompagne pas de crampe. La sensation peut se limiter à un point quelconque du trajet indiqué ; le plus souvent elle s'arrête à l'hypocondre gauche.

La crampe suit exactement la même marche que dans l'attaque ; comme l'engourdissement, elle peut s'arrêter à une hauteur quelconque de la route que nous avons retracée ; seulement elle arrive rarement au sein, et quand elle le dépasse, l'attaque arrive fatalement. Lorsque l'accès ne doit pas se compléter, la crampe diminue de force en s'élevant. Quelquefois la contracture a débuté par le mollet, le genou ou la cuisse, et de là s'est étendue à la fois aux pieds et à la bouche.

Le lecteur désirera peut-être savoir ce qu'est devenue cette intéressante malade, que le dénûment sans doute avait mise dans un cloître, ainsi que sa sœur, après la mort de leur père.

Nous avons été appelé au milieu d'un paroxysme de 60 attaques en quatre jours, qui avait paru mettre la vie de la patiente en danger. Sous l'influence de longs traitements dirigés simultanément contre la névrose et la tuberculisation, la santé de cette religieuse fut améliorée de la manière la plus remarquable. D'abord, deux ans s'étant écoulés sans attaques, nous suspendions pendant un mois toute médication, comme nous l'avions fait déjà deux fois ; mais il survint un paroxysme de 4 accès incomplets à vingt-cinq mois

d'intervalle des dernières attaques ; reprise des traitements, nouvel intervalle de trente-cinq mois, puis une seule attaque qui a eu lieu en décembre 1862. Quant à la santé générale, elle est aussi satisfaisante qu'il est permis de l'espérer dans le cas donné. Notre religieuse montre toujours les signes physiques de lésions tuberculeuses dans le sommet des poumons, surtout à gauche ; mais elle a de l'embonpoint, de la fraîcheur, et vit comme toute autre personne. Elle s'enrhume avec facilité, mais elle ne tousse pas habituellement ; les fonctions digestives sont normales, la menstruation régulière. L'engorgement ganglionnaire du cou n'est apparent que pour quelqu'un qui en sait l'existence. En un mot, si ce n'est pas encore, après sept ans, un succès complet, ce n'en est pas moins un très-remarquable résultat.

Sixième Observation.

Jeune garçon de 15 ans, écolier. Une tante maternelle de son père est morte épileptique. Fluxions strumeuses du nez, début à 18 ans et demi, par une attaque après s'être exposé à un soleil ardent. Trois mois plus tard, il survient un paroxysme de 6 attaques en un jour, nous sommes alors appelé pour la première fois. Onze jours après arrive un nouveau paroxysme de 4 attaques, un accès et une secousse. Sous l'influence d'un traitement de zinc prolongé, nul accident épileptique n'est survenu depuis cette époque (janvier 1855).

Les attaques sauf 2 sont survenues dans le sommeil, qu'il fût naturel ou consécutif à d'autres attaques ; des deux qui ont eu lieu de jour, l'une a commencé pendant un bâil-

lement, avec pandiculations, qui s'est accompagné d'un tiraillement (contracture) des muscles de la mâchoire inférieure *du côté droit;* la seconde a débuté par un engourdissement dans la même région suivi de la contraction des muscles sous-maxillaires. Dans l'un et l'autre cas, la bouche était ouverte ; le patient ne pouvait pas la fermer. La contracture a gagné le côté droit de la face, la tête s'est tournée involontairement *dans le même sens*, le tiraillement s'est propagé aux membres du côté droit et s'y est accompagné de tremblement, puis de secousses, alors le patient a perdu connaissance. Les assistants ont signalé ensuite les symptômes suivants comme accompagnant toutes les attaques : Cri guttural, sorte de hurlement, tension convulsive générale, tremblement, secousses plus ou moins vives, figure livide, lèvres bleues, écume ou salive filante, quelquefois urines involontaires, perte absolue des sens, collapsus, sommeil, de plus stupeur, retour graduel de l'intelligence.

L'accès incomplet s'est passé ainsi : Le malade venait de déjeuner, il a été pris d'engourdissement, puis de contracture de la mâchoire à droite, la bouche était ouverte, il s'est levé et dirigé vers son lit accompagné de sa mère ; d'abord il n'a pas pu parler ; sa bouche, ainsi qu'il l'a dit plus tard, n'obéissait pas à sa volonté, il s'exprimait par signes, le côté droit de la face était en proie à des mouvements convulsifs. Le patient avait toute sa connaissance. A la fin, il a pu dire brièvement et avec effort : *Tuobserves, tuobserves?* il désirait que sa mère pût nous rendre un compte exact de ce qui se passait. L'accès fut arrêté là, il a duré deux minutes au plus. Au moment le plus fort, la respiration était courte et il y avait un peu de tremblement général, effet probable de l'émotion.

Le malade n'a éprouvé qu'un seul prélude isolé plus léger encore ; dans une nuit de paroxysme, entre 2 attaques, il a été réveillé par une secousse de la mâchoire à droite.

Nous avons dit en commençant que ce jeune homme était guéri depuis neuf ans.

Septième Observation.

M. X., 39 ans, capitaine dans un régiment de ligne, fils d'un médecin, doué d'un esprit observateur, réservé, éminemment méthodique, aucune cause héréditaire.

Sans cause connue, à 31 ans, début par une attaque suivie bientôt d'accès incomplets et de simples préludes; pendant une période de dix mois il y a eu en moyenne 3 attaques par mois et 1 accès ou prélude par semaine ; sous l'influence d'un traitement de belladone et de stramoine, suppression des attaques pendant neuf mois et des accès ou préludes pendant cinq mois. Rechute ; pendant plus de vingt mois, 1 attaque et demie et 12 accès et préludes en moyenne par mois. Le remède qui avait réussi ayant été employé inutilement cette fois, on eut recours à l'iodure de potassium qui amena un bien-être d'une durée de vingt mois. Seconde rechute ; pendant près de quatre ans, 1 attaque en moyenne tous les deux mois et 1 accès ou prélude par semaine. Le malade alors se confie à nos soins ; dès le début d'un traitement de cuivre, toute manifestation épileptique sans un seul prélude cesse pendant dix-sept mois. Troisième rechute, 1 attaque en moyenne tous les trois mois et 2 accès par mois.

Dans les trois périodes où les attaques ont été suspendues, les accès ou préludes ont persisté pendant un certain temps après la cessation des attaques.

Les descriptions que nous allons donner des attaques, accès et préludes offrent d'autant plus d'intérêt qu'elles ont été fournies par un malade doué de toutes les qualités qui peuvent garantir la vérité du tableau de ses souffrances, et qu'elles ont été complétées par son père, témoin oculaire de quelques-unes de ses attaques. Il divisait lui-même ses crises en trois genres, chaque genre était subdivisé en quatre ou cinq espèces, nous serons moins minutieux tout en étant complet. Nous commencerons par le degré le plus intense.

Le patient éprouve d'abord au côté gauche du cou, vers la base de la langue, une sensation qui lui donne une sueur froide (due sans doute à l'émotion), bientôt arrive un tremblement à la partie postérieure de la langue, toujours à gauche, suivi de la *rétraction* des muscles de cet organe ; il ne peut plus avaler sa salive, ensuite se succèdent les symptômes suivants : légers frissonnements aux lèvres, bouche distordue à gauche, convulsions cloniques de tout le côté gauche de la face, perte de la parole, sensation de gonflement de la langue, légers gargouillements au cou, vives secousses de la tête, convulsions envahissant par la main le membre thoracique gauche, secousses du poignet tellement douloureuses qu'il lui semble que ses doigts sont broyés par des rouages de fer, cri sourd, perte de connaissance... Chute ; les convulsions se généralisent et une écume rougie par suite des morsures de la langue s'échappe des lèvres. Survient ensuite le collapsus, le coma avec stertor, et enfin le retour graduel des sens et de l'intelligence. L'attaque est

parfois suivie de vomissements et toujours de céphalalgie. Le lendemain il y a contracture surtout à gauche, et l'on observe un piqueté ecchymotique sur les paupières.

Les préludes se bornent à de petits mouvements à peine sensibles, à la base de la langue, à gauche ; ils ne durent que quelques secondes. Il s'y ajoute un tremblement convulsif du côté gauche de la face. *Alors*, dit le patient, *il s'établit entre ma volonté et le mal une espèce de lutte qui tourne le plus souvent à mon avantage, et j'éprouve le contentement d'être délivré de mes craintes pour vingt-quatre heures.* Dans un degré plus fort ou accès, il y a, après le début, à la base de la langue, des secousses du côté gauche de la face, plus vives que dans les préludes ; les muscles du cou y participent ; la tête est entraînée à gauche et en proie à des convulsions cloniques ; la langue semble gonflée ; la parole est impossible ; mais quelquefois le patient pousse des cris gutturaux ; il perçoit le gargouillement qui se produit dans sa gorge. La crise s'arrête là, le malade ayant conservé tous ses sens.

Dans un degré encore plus avancé, le bras gauche participe aux convulsions toniques, puis cloniques ; tout le côté peut même être envahi sans que le malade tombe ni perde un instant connaissance. Après une ou deux minutes, rarement trois, l'accès se termine par l'écoulement d'une salive écumeuse ou filante, puis par une espèce de râle. Il y a quelquefois des vomissements consécutifs comme après les attaques.

La cause accidentelle qui provoque le plus souvent les accès, rarement les attaques, est un effort de mastication ; aussi ces accidents surviennent-ils assez souvent au commen-

cement des repas, quelquefois c'est en se brossant les dents. Il est arrivé au patient, qui a observé que les accès remplaçaient quelquefois les attaques, de provoquer les premiers pour éviter les secondes, en brisant un noyau ou en mâchant une croûte dure, du côté gauche.

Mais s'il a un moyen presque sûr de les provoquer, il ne peut leur opposer que cette espèce d'effort de volonté dont nous avons parlé plus haut.

Le malade n'a jamais eu entre ses attaques d'autres manifestations nerveuses que celles que nous avons décrites, il n'a jamais eu de vertiges.

Ce brave capitaine, qui avait conquis tous ses grades et sa croix sur les champs de bataille, est aujourd'hui guéri. Un traitement de jusquiame, suivi pendant près d'une année, a supprimé les attaques depuis le mois de mars 1857 et les accès depuis septembre suivant.

Huitième Observation.

Fermier, âgé de 36 ans; instruit et plein d'intelligence. Mère et tante maternelle très-nerveuses.

Début par une attaque d'épilepsie à 34 ans, huit à dix jours après une vive émotion causée par l'explosion d'un fusil parti involontairement tout près de sa tête. Seconde attaque un mois après; puis, bientôt après, une troisième. Dès lors, accès incomplets, de plus en plus fréquents, mais de plus en plus légers, qui finissent par disparaître après s'être ainsi graduellement atténués. Aucune manifestation épileptique pendant quinze mois. Rechute sans cause connue, par une attaque, suivie de 3 autres dans le même mois; puis

fréquents accès, le plus souvent avec convulsions d'un seul côté, de temps en temps avec convulsions générales, mais toujours avec la conservation des sens.

Les attaques de la première période et la première de la rechute ont offert un début différent de celui des attaques et accès postérieurs. Nous décrirons d'abord les plus anciennes crises.

La première sensation qui avertissait le malade de l'arrivée d'une attaque, était une sorte de frisson dans le pouce gauche envahissant le reste de la main, l'avant-bras, l'épaule, la joue, la bouche, exclusivement du côté gauche. Ses organes étaient pris successivement de contracture ; la bouche était tirée à gauche, le resserrement du cou arrêtait la déglutition de la salive ; la bouche se remplissait d'eau. Alors, le patient, qui avait eu le temps de trouver un abri et de s'y coucher, perdait connaissance. D'après les témoins que nous avons entendus, la rigidité devenait alors générale et il survenait des convulsions cloniques plus intenses à gauche qu'à droite dans les membres thoraciques que dans les abdominaux. La figure et la main gauche devenaient violettes ; une mousse ensanglantée s'échappait des lèvres au moment du collapsus, le malade râlait, plus tard il était pris de vomissements. Après quelques minutes il reprenait ses sens, mais ne répondait que par monosyllabes ; il se plaignait de l'estomac ; l'accès une fois entièrement fini, il ne se rappelait pas ces dernières circonstances. La langue était presque toujours mordue ; il y avait parfois des urines involontaires.

Depuis la seconde attaque, à dater de la rechute, le début n'a plus été le même. Les attaques commencent par un engourdissement suivi de constrictions dans les muscles élévateurs

de la mâchoire, du côté gauche, avec resserrement des maxillaires, puis du gosier; déglutition difficile, contracture des traits de la face à gauche; rotation de la tête *du même côté*, convulsions cloniques de ces parties, puis envahissement du membre thoracique de la main à l'épaule, et ensuite du membre abdominal; gêne de la respiration, etc., etc.

Les accès incomplets offrent des degrés divers; nous commencerons par les plus légers.

Ils peuvent être réduits à l'engourdissement, avec ou sans frissons et contracture des muscles maxillaires. Ces phénomènes peuvent gagner le côté gauche de la face sans aller au delà, ou bien envahir le bras et quelquefois la jambe.

La convulsion tonique peut occuper tout le côté gauche du corps et les mouvements cloniques être limités à ce côté de la face et à la tête.

Le plus souvent les convulsions toniques, étendues à tout le côté gauche, s'accompagnent de mouvements cloniques avec la plupart des symptômes d'une attaque complète; dyspnée, râle, écume abondante, etc.; mais les convulsions sont limitées au côté gauche et il n'y a pas perte de connaissance. La vue est nette, ainsi que l'ouïe; le malade comprend; s'il ne répond pas, c'est qu'il lui est impossible d'articuler une parole; il fait des signes de la main droite et il est convaincu, dit-il, qu'il pourrait écrire pendant la crise. Du reste, en racontant ces détails devant un témoin de ces accès, il imite très-bien les secousses saccadées de la tête et du côté gauche de la face. L'ami qui l'accompagne confirme entièrement toutes ses assertions.

Mais les accidents que nous venons de décrire ne sont pas encore le degré le plus élevé des accès incomplets; il y

en a eu plusieurs dans lesquels les convulsions toniques et cloniques se sont généralisées, sans que la connaissance ait été perdue. Ce fait nous a été prouvé, à plusieurs reprises, par la narration que nous a faite le patient des différentes circonstances qui s'étaient passées pendant ces accès, qu'on ne lui avait point racontées et qui nous ont été confirmées par des témoins oculaires.

Nous avons donné la marche habituelle des préludes et accès; ces manifestations incomplètes ont présenté parfois, mais rarement, quelques variétés. Ainsi les préludes ont pu se borner à un engourdissement de la gencive supérieure gauche s'étendant, avec ou sans frisson, à la langue et à la gorge, sans aller au delà. Quelquefois, après avoir longtemps parlé, en particulier avec nous, il a éprouvé un spasme laryngé, gênant la respiration et ne lui permettant de ne se faire entendre qu'avec de grands efforts et d'une voix voilée; il y avait en même temps coloration en rouge de la face.

Ce malade n'a jamais éprouvé de vertiges.

Les attaques, accès et préludes ont toujours été beaucoup plus fréquents le jour que la nuit.

La mastication provoquait fréquemment les préludes maxillaires.

Ce malade s'est lassé au bout de huit mois de traitement infructueux. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles dès lors.

Nous ne savons pas résister à la tentation d'ajouter aux observations qui précèdent une description d'attaques à début périphérique, piquante par le fait qu'elle est due à la plume

de l'un des littérateurs les plus distingués de la Restauration, évidemment épileptique sans le savoir.

Les scènes que nous allons transcrire se passaient en prison, où le narrateur était détenu pour cause politique.

« La rareté du jour et de l'air, le défaut absolu d'activité et « presque du mouvement, l'austérité du régime,..... l'inten- « sité du froid, qui fut très-rigoureux cette année-là (1803 « à 1804), quelques-unes de ces causes prises à part, ou « toutes ces causes réunies, me firent contracter une infir- « mité nerveuse de la nature la plus bizarre. C'était une « espèce de *crampe* ou plutôt c'était un *engourdissement des « extrémités* dont l'invasion n'avait rien de pénible, mais « qui devenait horriblement douloureuse quand elle était par- « venue au torse. Enfin le cerveau lui-même était envahi, « et c'était le temps heureux du paroxysme. Alors je perdais « connaissance pendant quelques minutes, et lorsque je re- « venais à moi, *mes membres* étaient affranchis des liens *de « fer qui les brisaient* un moment auparavant; j'étendais « sans effort mes bras assoupis, mes poumons jouaient libre- « ment dans ma poitrine. Il ne me restait de cette crise « qu'un long et morne abattement sans douleur ; mais elle « se renouvelait souvent, et quelquefois dans la même heure. « Un guichetier de service me surprit dans un de ces accès, « et je dus sans doute à sa bienveillance de voir finir la triste « épreuve du secret..... » Plus loin..... « Cette crampe ter- « rible dont j'ai déjà parlé me saisit tout à coup. Je n'eus « que le temps de me lever (il était à table), et de tomber dans « les bras de mon guichetier. Je revins à moi au n° 6 dans « ceux de Renon, que j'avais blessé en me débattant contre « ses secours; son sang inondait ma poitrine..... » (On con-

duisit le patient au greffe)... Pour abréger, nous ne reproduirons pas une scène de persécutions, probablement imaginaire, qu'il raconte en halluciné : il continue ainsi : « Il « s'agissait purement et simplement de s'assurer que les « *gardiens* avaient fait un faux rapport, en racontant, sur la « foi des apparences qu'offrait mon infirmité, que j'avais été « empoisonné à Sainte-Pélagie. Je ne fus pas long à signer « cette déclaration. La visite du médecin survint, et comme « il n'y avait pas de raison pour que mon irritation nerveuse « fût calmée, ce respectable M. Baquet me trouva, en dépit « de moi, très-bon pour l'infirmerie. »

J'ignore si cet homme célèbre a guéri de son épilepsie ; mais il a survécu très-longtemps aux faits que nous venons de reproduire. Trente ans après sa captivité, il publiait encore des œuvres, où rien ne montre une déchéance de son esprit. Un biographe caractérise cependant ses travaux de la manière suivante. « On trouve dans ses écrits une sensibilité « vive, mais exaltée ; une imagination riche, mais bizarre ; « son style toujours élégant sent trop le travail. »

CHAPITRE III

DÉBUTS VISCÉRAUX.

PREMIÈRE SECTION

ATTAQUES.

De nos 300 épileptiques, 67, soit 22 pour 100, appartenaient à notre second genre, c'est-à-dire avaient des attaques ou accès incomplets, débutant par les viscères (les centres nerveux n'étant pas compris sous cette dénomination).

Dans la grande majorité des faits, les premiers symptômes se montraient dans les organes digestifs surtout dans l'estomac, ainsi qu'on peut le voir dans la répartition suivante des 67 cas.

Chez 44, la manifestation initiale avait pour siége l'estomac ;
11, c'étaient les intestins ;
3, le pharynx ;
1 seule, les organes intrapelviens.

Enfin 8 sentaient leurs crises commencer par les organes respiratoires.

Dans les attaques à débuts périphériques, rien n'est plus facile que de reconnaître la *nature* du phénomène initial, la crampe ou convulsion se produisent sous les yeux du malade et des assistants. Il n'en est pas de même pour les débuts vis-

céraux ; cependant les sensations décrites par les patients ne permettent pas de se méprendre sur le caractère de ces premières manifestations.

Dans les débuts gastriques, les malades les plus intelligents appellent la sensation initiale un spasme ; quelques-uns une crampe, et un grand nombre se servent des termes de constriction, de resserrement ; d'autres parlent de pression, de torsion, de tortillements, de rotation. — Ces impressions sont signalées à l'ordinaire comme pénibles, douloureuses et même très-douloureuses. Cependant quelques malades disent que la sensation, en elle-même, est peu désagréable, ils la caractérisent de fourmillements, d'agacement, ou la comparent aux effets d'une émotion. Il en est qui parlent de palpitations épigastriques, d'une sorte de défaillance de l'estomac. Un seul a signalé une chaleur ardente, et une petite fille de 11 ans mentionnait une boule partant de l'estomac pour remonter au cou. Enfin quelques épileptiques, en petit nombre, n'ont pas su rendre compte de ce qu'ils éprouvaient dans ce viscère.

Très-fréquemment les spasmes s'accompagnent de borborygmes (une jeune fille épileptique appelait ses préludes des *bruissements*), d'éructation, de nausées, de régurgitations, d'efforts pour vomir et même de vomissements.

A ces divers caractères il ne paraît pas possible de contester la nature convulsive du phénomène. Empruntant à certains malades le terme qu'ils emploient habituellement, nous nous servirons donc du mot de *spasme, crampe.*

Comme préludes intestinaux, les patients signalent des spasmes ; d'autres, une constriction douloureuse du ventre qui chez un malade s'étend au dos ; des coliques plus ou moins

vives, des mouvements comme pour aller à la selle, mais en sens inverse. Un épileptique se servait de l'expression de convulsions internes. Un autre comparait la sensation à celle que détermine une vive frayeur. De même que le spasme gastrique provoque souvent des éructations, des nausées, des vomissements, ici on observe dans certains cas des borborygmes, et, après l'attaque ou l'accès avorté, l'émission de vents par l'anus, du ténesme, et même une évacuation alvine. Chez un malade le prélude était précédé ou suivi d'envie d'uriner; la vessie prenait donc part à la convulsion; ces cas forment la transition entre les débuts intestinaux et les spasmes intra-pelviens.

La malade chez qui l'attaque débutait par les organes intra-pelviens signalait du ténesme du rectum et de la vessie, des tranchées utérines, comme prélude constant de ses attaques. On trouvera cette histoire d'autant plus intéressante, qu'elle concerne la femme d'un médecin. (Obs. XIII.)

Dans 2 ou 3 cas où les attaques commençaient par la gorge, les patients mentionnaient un chatouillement ou picotement du pharynx suivi d'un sentiment d'obstruction, sans gêne immédiate de la respiration; puis la bouche se fermait involontairement, etc. Le troisième décrivait ainsi le phénomène : *Il ne pouvait plus avaler sa salive; sa bouche se remplissait d'eau, ses lèvres tremblaient*, etc.

Dans les débuts par les organes de la respiration, le caractère spasmodique du phénomène n'est pas moins évident que dans les autres espèces du genre viscéral : les patients les plus instruits signalent nettement un spasme du larynx, entraînant celui des autres organes respiratoires. Les autres

parlent de resserrement du cou, d'étranglement, d'étouffement, de suffocation, d'oppression brusque, d'une constriction qui remonte du milieu de la poitrine à la gorge. Une épileptique disait éprouver une sorte de tournoiement autour du cœur, qui remontait à la gorge ; alors elle étouffait ; peut-être s'agissait-il d'un début par le côté gauche de l'estomac. Enfin un patient signalait, comme se manifestant à la fois, l'impossibilité de parler, l'étouffement des palpitations.

Cette énumération des débuts viscéraux nous montre : 1° que tous les viscères creux ou pourvus de plans musculaires, à l'exception du cœur très-probablement, peuvent être le point de départ des phénomènes d'une attaque ; 2° que toutefois les organes digestifs en sont presque toujours le siége ; 3° que la modification éprouvée est évidemment, d'après les symptômes, une convulsion comme dans les débuts périphériques.

De même aussi que dans les débuts externes, l'*identité du phénomène initial chez le même sujet* est ici une règle non pas absolue, mais très-générale. Chez les 67 épileptiques de cette catégorie nous n'avons rencontré que sept cas où il y eût de loin en loin une exception à la règle. Ainsi, chez cinq malades à début gastrique, il est arrivé, mais très-rarement, qu'une attaque commençât d'une autre manière ; chez l'un par le mollet droit, chez un autre par le bras ou l'épaule, chez un troisième par les muscles maxillaires, chez un autre par le côté de la face, enfin chez le dernier par les muscles de l'œil droit. Une épileptique à début intestinal perdait quelquefois connaissance sans sentir aucun prélude. Un patient à début pharyngien avait parfois des attaques où l'estomac était

pris avant le cou. Ces exceptions, en raison de leur petit nombre, confirment donc la règle.

On a vu, dans le chapitre précédent, quelle lumière jetait sur la symptomologie des accès incomplets l'étude de la *marche de l'attaque* à début périphérique; l'examen du même sujet dans les épilepsies à débuts viscéraux n'aura pas une moindre utilité.

Quand le spasme commence par l'estomac, il envahit, en montant, l'œsophage, le pharynx, puis le larynx et la bouche. En outre de ce que racontent les malades, certains d'entre eux montrent ce trajet en se frictionnant successivement l'épigastre, le sternum, le cou. Quelques enfants disent : *Mes vers montent*. Rien n'est plus rare, on l'a vu, que d'entendre prononcer le mot de *boule ascendante*. Les patients indiquent la sensation qui s'élève, comme étant la même que celle qu'ils éprouvaient d'abord dans l'estomac. Le spasme du pharynx entraîne la rétention de la salive dans la bouche, des efforts bruyants de déglutition ou des mâchonnements. Une jeune malade enfonçait les doigts dans la cavité buccale, comme pour retirer de sa gorge un corps étranger. La respiration est gênée jusqu'à la strangulation, disent plusieurs patients. La parole, d'abord sourde, difficile, avec balbutiement ou bredouillement, devient bientôt impossible. Déjà alors le malade a été pris d'effroi ou d'une émotion plus ou moins vive qui se traduit par des palpitations et l'expression de l'angoisse ; il a averti, appelé, ou bien il s'est assis ou même couché par précaution. Certains enfants, comme dans la coqueluche, se précipitent dans les bras de la personne présente et l'étreignent ; d'autres, au milieu de leur trouble, courent sans direction. Quelques épileptiques poussent des

cris d'angoisse ou de douleur, différents du véritable cri comitial.

A partir de ce stade, en général très-court, on observe deux marches différentes; tantôt les muscles volontaires, à partir des maxillaires, ont pris des convulsions dans une étendue plus ou moins grande avant le trouble et l'abolition des sens; tantôt des perturbations sensoriales et mentales, suivies de la perte de la conscience, précèdent les convulsions extérieures et suivent immédiatement le spasme des muscles de la vie organique. De ces deux marches, la première est la moins fréquente : sur 35 cas à début gastrique, 10 seulement l'ont offert, tandis que les 25 autres ont montré la seconde.

Dans la première catégorie, les malades signalent après l'envahissement de la bouche l'engourdissement et la contraction des muscles maxillaires, qui engagent quelques patients à y porter la main; puis les muscles de la face entrent en convulsion; les yeux et la tête sont entraînés d'un côté; les sens se troublent et la connaissance se perd, mais quelques patients sentent, avant l'abolition de l'intelligence, la convulsion envahir l'un des membres supérieurs, quelquefois tous les deux; chez d'autres ce sont les membres inférieurs; il est même des épileptiques qui s'aperçoivent de la généralisation de la contracture; plusieurs malades décrivent très-bien et peuvent imiter les convulsions des membres.

Dans la seconde catégorie, le trouble, puis l'abolition des sens et de l'intelligence succèdent immédiatement aux spasmes des muscles organiques. *Le mal monte à la tête,* disent les patients, la vue se trouble et se perd toujours avant l'ouïe.

Un médecin a constaté chez sa femme (Obs. XI), que la dilatation des pupilles précédait l'abolition de la vue. Une jeune épileptique voyait les objets d'une manière confuse et fortement grossis, avant que la vision fût perdue. Une autre, après le spasme du cou, apercevait à la lumière artificielle la flamme double et des cercles lumineux. Il en est qui ont alors des hallucinations de la vue. Une petite fille disait : *Je vois tout noir, je perds connaissance.* En ce qui concerne l'ouïe, des bourdonnements, des sifflements précèdent l'abolition des sens. Un malade signalait un mauvais goût au milieu du trouble des autres sensations. Avant l'abolition de la connaissance, chez quelques épileptiques, l'intelligence se voile ou se trouble ; il en est qui éprouvent alors une sorte de délire très-court. Un patient disait qu'alors sa tête lui semblait grossir démesurément. Enfin, il est un certain nombre de ces malheureux qui perdent immédiatement connaissance pendant le spasme pharyngo-laryngien sans trouble intermédiaire des sens et de l'intelligence ; du moins leurs derniers souvenirs s'arrêtent à la convulsion de la gorge. En même temps que le sentiment général disparaît, les muscles de la face et les rotateurs de la tête entrent en convulsions ; puis arrive, mais non toujours, le cri caractéristique, et enfin la chute, si le patient dans une fausse sécurité est encore debout. Dans les débuts intestinaux le spasme monte vers l'estomac, *en sens inverse de ce qui se passe,* disent quelques malades, *avant de rendre une selle : c'est la marche d'un vent, d'un gaz qui remonte*, ajoutent-ils. Parvenu à l'estomac, le spasme provoque les phénomènes que nous avons déjà décrits : nausées, éructation, etc., le cou se resserre, etc. La marche ultérieure est aussi de deux genres : dans

le plus petit nombre des cas, après la convulsion de la gorge le malade perçoit des convulsions de la face, de la tête et du cou et même des membres d'un côté: ainsi deux épileptiques sentaient leurs dents se serrer fortement malgré eux; leurs paupières se fermaient involontairement, et ils perdaient connaissance. Un autre, pendant le spasme du cou, ne pouvait parler qu'en bégayant, éprouvait du tremblement des mâchoires et y portait la main; sa tête se renversait en arrière, ou tournait à droite alors qu'il n'avait pas encore perdu ses sens; mais il les perdait immédiatement après un quatrième, au moment où commençait la suffocation, éprouvait de légers mouvements convulsifs de la bouche pendant 30 secondes environ; il se mordait même quelquefois la joue; les convulsions s'étendaient à la face, les membres droits se contractaient; il perdait connaissance et pirouettait sur lui-même avant de tomber.

Quand le trouble des sens et de l'intelligence suit immédiatement le spasme pharyngé, les phénomènes se succèdent, dans les cas à débuts intestinaux, de la même manière que dans les attaques à débuts gastriques. En voici un exemple : alors que le spasme avait atteint le cou, une jeune fille, si elle fixait quelques petits objets, en voyait une centaine; si c'était le visage de sa mère, les yeux de celle-ci lui paraissaient s'agrandir énormément et ses traits devenir monstrueux; quelquefois elle voyait des figures noires très-multipliées. Tous ces préliminaires de l'attaque proprement dite duraient assez longtemps pour que la patiente ait pu quelquefois descendre deux étages avant la généralisation de la crise.

Dans les attaques à débuts par le pharynx et la bouche, les

patients, après avoir signalé l'arrêt dans la déglutition et l'accumulation de la salive, indiquent toujours la difficulté de respirer ou l'arrêt de la respiration; le spasme laryngé succède donc immédiatement à celui de la gorge. Les muscles maxillaires et buccaux sont bientôt envahis, puis surviennent, du moins dans les cas que nous avons recueillis, le trouble et l'abolition des sens et de l'intelligence.

Dans le seul fait que nous ayons observé de débuts intrapelviens (Obs. XIII), on signalait, après les symptômes de cette région, la constriction épigastrique, la dyspnée, la stupeur, la perte de la connaissance, les palpitations des yeux, la rotation de la tête, etc.

Les débuts par spasme des voies respiratoires se distinguent des débuts pharyngiens en ce que les patients mentionnent avant tout la dyspnée. Dans un cas, le malade était pris d'un sentiment de constriction qui remontait du milieu de la poitrine à la gorge et à la langue; déjà il ne pouvait plus du tout parler qu'il avait encore toute sa connaissance. Cette marche était semblable chez une épileptique qui, au moment où la langue était envahie et comme paralysée, éprouvait une sorte d'absence; tout lui paraissait confus autour d'elle, elle ne distinguait plus rien, se sentait toute engourdie, perdait connaissance et tombait. Chez une troisième l'impossibilité de parler, l'étranglement étaient précédés de palpitations. C'est le seul cas où l'on nous ait signalé, comme phénomène initial, un trouble dans les fonctions du cœur; mais déjà peut-être quelque sensation dont la malade ne se rendait pas compte, provoquait-elle la crainte de l'attaque, et en conséquence les battements du cœur par émotion.

Ici se termine ce que nous avons à dire de la marche des premiers symptômes dans les épilepsies à débuts viscéraux. Les phénomènes de cet ordre peuvent se résumer ainsi : Les spasmes des muscles de la vie organique suivent une marche ascendante, comme nous l'avons vu dans le second chapitre pour les convulsions des muscles volontaires ; seulement, quand ils ont atteint la limite supérieure des systèmes digestif et respiratoire, tantôt la convulsion envahit les muscles de la face, du cou et quelquefois des membres avant que les organes des sens soient affectés (c'est le cas le moins fréquent) ; tantôt survient immédiatement la perturbation des fonctions sensitives spéciales et de l'intelligence.

SECTION DEUXIÈME

PRÉLUDES, ACCÈS ET VERTIGES.

Nous avons fait connaître dans le second chapitre de ce travail que, à l'exception d'un seul cas, et qui était douteux, tous nos épileptiques du premier genre ou à débuts périphériques avaient offert entre leurs attaques des manifestations légères, identiques aux débuts de leurs grandes crises. Sur les 67 malades du second genre ou à débuts viscéraux, nous n'avons trouvé que trois cas, dont un douteux, où des phénomènes analogues ne soient pas mentionnés ; dans tous les autres faits, des crises de *petit mal* ont toujours été constatées. L'existence de préludes ou accès semblables au début des attaques est donc un fait général chez les épileptiques à débuts viscéraux comme chez ceux du premier genre.

Nous allons décrire ces accidents en commençant par les plus légers, par ceux qui ne s'étendent pas au delà de la convulsion des muscles organiques ; nous les appellerons *spasmes*, comme nous avons qualifié de crampes les préludes périphériques.

Dans les cas à débuts gastriques, la crise peut se borner à la douleur de l'estomac, sans remonter au pharynx ; elle peut s'étendre jusqu'à la constriction du cou et à la dyspnée, sans aller au delà. Mais, quelque légères et fugitives que soient ces atteintes, dont la durée est d'une à deux minutes en général, et peut-être moindre, les malades sont émus et troublés par la crainte d'une attaque et éprouvent souvent en conséquence des palpitations de cœur. Ils ont toute leur intelligence et jouissent de tous leurs sens ; ils répondent ou se plaignent ; ils restent debout ou marchent.

Les spasmes intestinaux peuvent ne pas remonter jusqu'à l'estomac. Une petite fille (Obs. XII) croisait alors ses bras sur l'abdomen et disait : *Ah ! j'ai mon mal au ventre !..... ce n'est rien ; c'est passé;* la durée du spasme n'était que de quelques secondes. Deux patients, dont l'un comparait le prélude à une convulsion intestinale, représentaient parfois dans l'intervalle de leurs attaques, la même sensation qu'au début de celle-ci ; seulement bientôt, au lieu de monter, elle descendait comme pour l'émission d'une flatuosité qu'ils ne rendaient pas toujours. Le spasme douloureux ou angoisse entraîne certains malades au cabinet d'aisance, où ils rendent un vent, de l'urine, quelquefois une selle, et l'attaque ne se manifeste pas.

Le spasme des voies respiratoires, prélude ordinaire de ces attaques, pouvait se montrer chez le sujet de la quator-

zième observation, sans être suivi des convulsions des muscles volontaires, ni de vertiges ; pendant cette légère manifestation comitiale, le patient regardait sa langue au miroir et s'observait très-bien. D'autres épileptiques offrant le même début voyaient aussi parfois leurs attaques avortées de la même manière.

Enfin, dans le cas de la treizième observation, qui concerne la femme d'un médecin, le spasme *utéro-vésico-rectal* pouvait être suivi de la constriction de l'estomac et de la dyspnée sans que le vertige ou des convulsions externes en fussent la conséquence.

En décrivant la marche symptomatique des attaques à débuts viscéraux, nous avons montré qu'après les convulsions internes il se manifestait tantôt des manifestations externes et tantôt immédiatement du trouble des sens et de l'intelligence. Les malades des diverses catégories comprises dans ce chapitre ont présenté des accès incomplets offrant ces deux variétés. Nous avons appelé spasmes les crises bornées à la convulsion des muscles organiques, nous donnerons le nom d'*accès* aux attaques avortées dans lesquelles les muscles volontaires sont envahis dans une plus ou moins grande étendue sans trouble caractérisé des sens, de l'intelligence ; ils ne diffèrent, en effet, des accès du premier genre que par le spasme initial, et il est inutile de multiplier sans nécessité les dénominations. Nous appellerons *vertiges* les crises où le trouble des sens et de l'intelligence précède et domine les convulsions très-partielles, ou encore n'en est pas accompagné ; ces accidents, en effet, ne se distinguent que par leur prélude des accès incomplets du troisième genre auxquels nous conserverons ce nom. C'est-à-dire que, sous peine de

nous répéter, nous n'entrerons pas dans de grands détails sur ces deux degrés d'attaques avortées.

Les épileptiques qui, dans leurs attaques après l'invasion de la bouche, ont les yeux, la face, les rotateurs de la tête, etc., atteints par la convulsion, et qui décrivent très-bien ces symptômes, ces épileptiques ont plus ou moins souvent des accès qui ne vont pas au delà et où ils n'éprouvent aucune perturbation mentale ou sensoriale. Chez un patient l'accès s'arrêtait aux secousses de la tête ; un autre malade signalait en outre la contraction de l'un de ses bras ; un troisième racontait que presque toute la moitié supérieure de son corps était envahie quand l'accès s'arrêtait ; il ne tombait pas ; il entendait et pouvait même répondre.

Dans les vertiges à débuts spasmodiques, après l'envahissement de la gorge, la sensation *monte au cerveau*, disent les patients ; ils éprouvent une sorte d'absence, s'asseyent, restent debout ou marchent au hasard, sans se heurter ; toutefois quelques-uns sortent de cet état comme d'un rêve et divaguent. L'attaque avorte au moment où, si elle se complétait, le malade serait privé de toute sensation. Dans ces vertiges il y a quelquefois des mouvements involontaires bizarres ; ainsi un adulte, après le spasme du cou, au moment où il allait *perdre la tête*, comme il le disait, était forcé de faire un demi-tour sur lui-même ; s'il était debout, il s'en apercevait et ne pouvait résister à cette impulsion ; il parlait d'avance avec un camarade qu'au prochain vertige il ne tournerait pas, mais sa volonté restait impuissante ; et cependant, durant ses vertiges, il ne perdait pas complétement sa liberté d'action, il ne tombait jamais ; il continuait automatiquement à travailler, mais avec des mouvements mal coor-

donnés ; un jour, où juché sur un arbre, à 12 ou 15 mètres de hauteur, il abattait des noix, il fut pris d'une absence complète et cependant ne tomba pas.

Nous nous arrêterons ici sur la question des vertiges ; nous reviendrons plus longuement sur cette variété d'accès incomplets dans le chapitre suivant.

Pour résumer ce qui concerne les crises de *petit mal* chez les épileptiques à débuts viscéraux, nous dirons que, comme les malades à débuts périphériques, ils offrent dans l'intervalle de leurs attaques des accidents commençant chez le même individu de la même manière, offrant la même succession de symptômes et pouvant se limiter à un stade quelconque de la marche ordinaire de l'attaque. Nous devons ajouter que chez tous les patients de ce genre, la manifestation comitiale incomplète commence toujours par un spasme viscéral, et non par une crampe des muscles volontaires, ni par un trouble sensitif et mental. Les exceptions à ce fait général sont infiniment rares ; en voici toutefois un exemple : Chez un malade où les crises commençaient habituellement par l'estomac, il est arrivé qu'elles débutaient par une crampe du mollet droit ou la contraction de la face à droite ; mais aussi ces symptômes se montraient quelquefois isolés et plus rarement que les spasmes gastriques, prélude ordinaire.

SECTION TROISIÈME

RAPPORTS ENTRE LES ATTAQUES ET LES SPASMES, ACCÈS OU VERTIGES.

L'identité entre les préludes, accès ou vertiges et les pre-

miers stades de l'attaque chez le même épileptique est aussi évidente pour les débuts viscéraux qu'elle l'est pour les débuts périphériques ; les *premières de ces manifestations ne sont que des attaques qui avortent à une période plus ou moins avancée de leur cours.* Si, par exception, les débuts varient parfois chez un épileptique de ce genre, de même que dans le genre précédent, on retrouve la même variété dans les préludes isolés ou dans le commencement des accès incomplets. La loi que nous avons énoncée dans la première page de ce travail s'applique donc ici tout aussi constamment que dans le genre qui précède.

Pour rechercher par quel degré de manifestations a commencé la maladie chez les 67 épileptiques qui appartiennent aux débuts viscéraux, nous devons en éliminer 13 qui n'ont pas répondu d'une manière assez précise à nos questions sur ce sujet pour qu'il ne reste pas de doutes sérieux sur la nature des premières manifestations et sur l'existence ou non des préludes dans ces faits. Restent donc 54 cas qui peuvent servir à la détermination du problème. De ces 54 cas, 27 avaient commencé par des attaques, 20 par des spasmes, accès ou vertiges, enfin 7 n'avaient point encore eu des attaques complètes. L'épilepsie à débuts viscéraux commence donc par des accès avortés dans la moitié des cas : proportion à peu près la même que pour ses débuts périphériques.

L'*intervalle* qui sépare la première apparition des préludes, accès ou vertiges de celle des attaques est infiniment variable ; il a été de :

Moins d'un an chez......	3	malades.
De deux à quatre ans chez	7	—
De cinq à neuf ans chez..	3	—
De dix à vingt ans chez...	3	—

Dans trois cas les préludes se sont graduellement convertis en attaques complètes, et il n'a pas été possible de fixer l'intervalle écoulé entre l'invasion des plus légers accidents et celui des crises complètes. Cinq malades n'ayant jamais eu d'attaques étaient épileptiques depuis quelques mois à quelques années, l'un d'eux l'était depuis dix-sept ans.

L'époque où apparaissent les accès incomplets chez les individus chez qui le mal commence par des attaques, est en général beaucoup moins éloignée que dans le cas inverse. Dans six faits où nous avons pu obtenir quelques données un peu précises, l'intervalle écoulé entre la première crise complète et les premiers préludes, accès ou vertiges, n'a pas dépassé six mois.

Nous n'insisterons pas sur l'importance, au point de vue pratique, qu'il y a à ne pas méconnaître les accès incomplets dans ce genre de débuts, et à diagnostiquer ainsi de bonne heure un mal que trop souvent on caractérise tardivement.

Nous avons pu constater ici, comme dans le chapitre précédent, que si l'épilepsie commence dans la moitié des cas par des manifestations incomplètes, elle finit encore plus souvent de la même manière, et que les accidents plus légers sont les derniers à céder.

Sur nos 67 malades de ce genre, 59 avaient des attaques, et de ce nombre 25 avaient en outre des accès ou vertiges, ou préludes isolés ; 17 avaient des attaques, accès ou vertiges et préludes, c'est-à-dire nos trois degrés de manifestations ; 14 (dont un cas douteux) n'avaient que des attaques et des préludes. Si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus sur le même sujet chez les épileptiques du premier genre, nous voyons que dans le second genre la réunion des trois degrés

est moins fréquente, et que les préludes comme complication sont plus rares que les accès ou vertiges, ou en d'autres termes que, dans les débuts viscéraux, la crise se borne beaucoup plus rarement au simple spasme qu'elle ne se limite à la crampe d'un membre dans les cas à débuts périphériques.

Dans le second genre nous avons rencontré un seul patient n'ayant que des accès et des préludes, 5 ayant des vertiges et des préludes, 2 (douteux) n'ayant que des accès, aucun n'ayant que des vertiges seuls ou des préludes seuls ; ce dernier fait tient très-probablement à ce que, alors que le mal se borne à ces légères manifestations, il est ou méconnu ou trop peu caractérisé pour qu'on s'adresse à un médecin spécialiste ; c'est la même remarque que nous avons faite dans le chapitre précédent à l'occasion de la même absence de cas de la catégorie analogue.

Enfin nous n'avons trouvé sur nos 67 épileptiques que trois individus (dont un douteux) qui n'eussent que des attaques sans accidents de petit mal. Nous rappellerons encore combien *une connaissance positive des préludes ou accès incomplets aidera désormais au diagnostic de l'épilepsie*, puisque les cas où l'on n'en rencontre pas à côté des attaques sont de rares exceptions.

En général, les crises incomplètes sont, chez le même malade, beaucoup plus fréquentes que les attaques complètes.

Sur 64 épileptiques,

8 n'avaient que des crises incomplètes.
33 subissaient leurs préludes et accès beaucoup plus souvent que leurs attaques.
6 les avaient à peu près en nombre égal.
14 présentaient des attaques plus fréquentes que les accidents incomplets.
3 n'avaient que des attaques.

En additionnant séparément les trois premières et les deux dernières catégories, on voit que les cas à prédominance d'accidents légers sont à ceux où les accidents complets l'emportent au nombre à peu près comme 10 : : 4 ; c'est, à très-peu de chose près, le même rapport que pour le premier genre.

Quant au retour diurne ou nocturne des attaques et des accès incomplets, le tableau suivant en donne les proportions.

Attaques,	toujours diurnes	1 cas	21
—	le plus souvent diurnes	20	
—	à peu près également de jour et de nuit		0
—	le plus souvent nocturnes	11	15
—	toujours nocturnes	4	

Les rapports entre les cas à prédominance diurne et ceux à prédominance nocturne sont ceux de 14 à 10 ; ils s'éloignent bien peu de celui que nous avons admis pour la durée moyenne des heures d'activité et de repos, celui de 15 à 9. Dans les épilepsies à débuts viscéraux, il y a donc très-peu d'action de jour ou de nuit sur le retour des attaques ; mais cette action est défavorable pour le jour, tandis qu'elle l'était pour la nuit, et dans une proportion beaucoup plus forte, dans les cas à débuts périphériques.

En ce qui concerne les accès *incomplets :*

Sur 40 épileptiques,
4 avaient leurs accès de vertiges ou spasmes toujours de jour.
31 le plus souvent de jour.
4 le plus souvent la nuit.
1 toujours de nuit.

Ce qui donne le rapport de 21 à 3, pour la tendance diurne et nocturne des accès incomplets ; rapport qui établit une dis-

position des accès incomplets du second genre à revenir quatre fois plus souvent dans les heures de jour que dans celles de nuit.

Parmi les causes excitantes des attaques, accès ou vertiges chez les épileptiques à débuts viscéraux, on ne nous en a indiqué qu'un bien petit nombre ayant une liaison évidente avec l'organe qui était le point de départ des symptômes; quelques malades à début gastrique avaient fréquemment leurs attaques ou accès pendant le repas. On nous en a signalé parfois de nocturnes à la suite de souper en ville, ou bien encore à la suite d'une indigestion; chez l'un de ces patients, les aliments d'une digestion difficile étaient, à ce point de vue, habituellement nuisibles. L'influence des repas n'était pas moins fâcheuse chez une épileptique à début intestinal, mais il est utile de dire que cette circonstance d'attaques survenant aux repas, se rencontre assez fréquemment dans les épilepsies à débuts tout différents.

Dans la grande majorité des cas, les causes accidentelles des accidents nerveux n'avaient aucun rapport direct avec le siége des symptômes initiaux; c'était le service divin, le théâtre et autres lieux de réunions nombreuses; un voyage en chemin de fer, une marche par un soleil ardent; un excès quelconque d'exercice musculaire; la fatigue intellectuelle; des veilles prolongées; des frayeurs, même légères; une surprise, l'époque menstruelle (en dehors des cas à débuts pelviens); la masturbation, l'usage du tabac à fumer, ou, simplement, une atmosphère chargée de cette fumée, des bains chauds ou froids, en un mot, des causes signalées dans tous les genres d'épilepsie.

Quant aux moyens abortifs que nous appellerons instinc-

tifs, ils ont de l'analogie avec ceux que nous avons signalés pour les débuts périphériques. Dans les cas à préludes gastriques ou intestinaux, les malades portent leurs mains sur le siége du mal, et y exercent une forte pression ; d'autres se font comprimer l'abdomen par la personne présente, une jeune épileptique se jetait transversalement sur son lit, les pieds sur le sol, le tronc sur les bords du matelas, pour obtenir le même résultat. Un enfant se précipitait dans les bras de sa mère pour se faire serrer le corps sur son sein. Certains malades à début gastrique ou pharyngé demandent immédiatement à boire de l'eau froide. Un épileptique à début intestinal gagnait le cabinet d'aisance à la moindre menace et l'émission de vents lui semblait faire avorter l'attaque; peut-être prenait-il l'effet pour la cause.

Nous avons tenté comme abortif, dans le cas à débuts gastriques, les perles d'éther; elles ont semblé quelquefois réussir; mais il est difficile de savoir si les préludes qui ont avorté après l'ingestion du médicament ne se seraient pas arrêtés spontanément. C'est une expérimentation à poursuivre. Dans un cas, l'inspiration de l'ammoniaque paraît avoir eu de bons résultats; mais ceci n'est pas particulier aux débuts viscéraux.

Dans le second chapitre de ce travail, on a vu s'écrouler, sous le poids de faits nombreux et impartialement étudiés, la théorie des épilepsies sympathiques externes élevée par Galien sur la base fragile d'un symptôme initial, et étayée ensuite au moyen d'arguments tout aussi peu solides. La doctrine des épilepsies sympathiques internes établie sur des fondements analogues, mais soutenue par des appuis en apparence plus résistants, supportera-t-elle mieux l'épreuve des

faits sous laquelle s'est écroulée celle du premier genre?

Pour démontrer que le début périphérique des convulsions ne prouve en aucune manière l'existence des épilepsies sympathiques externes, il nous a suffi d'exposer deux cas très-caractérisés de ce genre où la cause résidait incontestablement dans le cerveau. La même conclusion doit être tirée de cas analogues pour la catégorie dont nous nous occupons dans ce chapitre. Chez une jeune malade à début gastrique, les spasmes et les vertiges, suivis plus tard d'accès plus graves, avaient commencé immédiatement après une maladie fort grave du cerveau, survenue à l'âge de onze mois, et qui avait laissé à sa suite une hémiplégie persistante. Un épileptique à début thoracique, fils d'un médecin, avait été atteint quelques années avant sa première attaque d'une hémiplégie temporaire. Chez ces deux patients, les organes digestifs et respiratoires étaient parfaitement sains ; tout établit, pour le premier tout au moins, que la cause du mal siégeait dans l'encéphale.

On ne peut démontrer qu'il existe des épilepsies sympathiques internes qu'en établissant que, dans les cas réputés appartenir à ce genre, le cerveau est sain et que l'organe qui est le point de départ des symptômes est malade. Or, de nos 44 épileptiques à débuts gastriques, aucun ne présentait dans les intervalles des attaques de signe habituel d'affection quelconque de l'estomac ; dans un cas, après de longs paroxysmes d'accès, un embarras gastrique bien caractérisé persistait pendant quelques jours seulement, ce malaise ne se montrait jamais après les attaques isolées ; c'était évidemment là un effet, et non une cause. Cette jeune personne a été du reste guérie par un traitement anti-épileptique direct.

Nous avons observé, dans un autre cas, de la gastralgie après les attaques; mais cette incommodité se dissipait en quelques heures, et ne se montrait pas dans les intervalles des crises. Nous ne savons donc voir dans les malaises observés chez ces deux patients que la fatigue, suite des attaques, telle qu'on la rencontre dans les muscles volontaires, à la suite de presque tous les accès, et, en particulier, pour les débuts périphériques, dans le membre qui a été le point de départ des convulsions et où elles ont duré en conséquence le plus longtemps. Chez un troisième épileptique un ictère rebelle s'était développé sous l'influence de l'emploi prolongé de l'assafœtida, et s'était dissipé en quelques semaines par la cessation du remède. L'affection bilieuse était donc une complication et non une cause. Une quatrième avait quelque disposition à la diarrhée, sans autre symptôme; cette tendance se rencontre parfois dans toutes les conditions de santé. Chez les 40 autres épileptiques, les fonctions digestives étaient normales et l'appétit excellent; la plupart avaient de l'embonpoint et de la fraîcheur; un seul enfant était maigre et chétif; il l'avait toujours été et sa santé générale n'était pas mauvaise.

Des 11 cas à débuts intestinaux, deux étaient dyspeptiques et fort sujets aux vents, mais sans disposition à la diarrhée; les 9 autres, en dehors de leurs crises, n'éprouvaient aucun malaise du côté des organes digestifs.

La dame aux préludes utéro-recto-vaginaux ne présenta pendant plusieurs années, en dehors de ses attaques ou préludes spasmodiques, aucun signe ni aucun symptôme morbides de ces organes; elle menait, sans souffrir le moins du monde, la vie la plus fatigante, dansait avec passion, etc. Plus

tard, quelques symptômes locaux ayant attiré l'attention vers le col utérin, on reconnut, à l'aide du spéculum, une légère tuméfaction de cet organe, de la rougeur et une ulcération superficielles; quelques cautérisations ramenèrent l'état normal. Mais la maladie comitiale, qui n'avait pas été aggravée par l'affection locale, ne fut point amendée par la guérison de celle-ci; l'un et l'autre suivaient donc une marche tout à fait indépendante. Sur 11 épileptiques à débuts par les organes respiratoires, 10 n'avaient ni toux, ni dyspnée, ni aucun signe physique ou rationnel d'une affection des organes de la respiration. Une seule était phthisique, mais la maladie tuberculeuse s'est rencontrée, comme on a pu le voir, en même proportion, chez les épileptiques à débuts périphériques (4 sur 49).

Ainsi, dans le très-petit nombre des cas où les viscères, point de départ des convulsions, étaient malades, tout indique qu'il n'y avait là que fortuite coïncidence.

Ainsi donc l'estomac, les intestins, la vessie, l'utérus, les organes respiratoires sont sains dans les épilepsies à préludes viscéraux, de même que les régions périphériques sont à l'état normal dans les épilepsies à préludes périphériques. Nous examinerons aussi les arguments tirés de la thérapeutique par lesquels on a tenté d'étayer cette doctrine sans base. Les cas fort rares de guérison par des agents qu'on adressait au siége hypothétique du mal ne prouvent pas plus, dans ce chapitre que dans le précédent, en faveur des épilepsies sympathiques.

Dans le petit nombre d'observations un peu complètes, publiées sur ce sujet, sans parler de l'insuffisance du diagnostic, on ne donne jamais la preuve que la guérison ait été durable.

Or, beaucoup d'actions perturbatrices peuvent parfois suspendre les attaques sans guérir l'affection ; tels sont la plupart des maladies aiguës, la grossesse, la suppuration d'une surface un peu étendue, certaines médications temporaires; mais rien ne prouve que l'action de ces modificateurs ne porte pas directement sur les centres nerveux. Répétons-le d'ailleurs, rien n'est plus rare que les faits de guérison d'épilepsies présumées sympathiques, par des moyens dits rationnels. L'épilepsie vermineuse passe pour l'une des plus communes chez les enfants ; nous avons soigné un très-grand nombre d'épileptiques de cet âge, il n'en est peut-être pas un seul à qui, par acquit de conscience, on n'eût pas donné à plusieurs reprises des anthelmintiques plus ou moins énergiques ; nous-même, nous nous sommes prêté à ce désir des parents ; eh bien, nous n'avons pas vu un cas où cette médication ait été suivie, nous ne dirons pas de guérison, mais d'une amélioration momentanée de quelque valeur.

On nous reprochera peut-être d'avoir consacré plusieurs pages à combattre une doctrine qui paraît généralement abandonnée aujourd'hui. S'il s'agissait d'une pure théorie, nous regretterions le temps que nous y avons employé, mais la question est éminemment pratique et nous ne voyons que trop fréquemment les fâcheux résultats du vague qui sur ce sujet reste encore dans plus d'un esprit. S'il est une maladie dans laquelle la temporisation soit funeste, c'est l'épilepsie ; nous ne cesserons jamais de le répéter. Après un diagnostic tardif, on espère encore qu'il ne s'agit que d'une affection sympathique, on s'en prend aux vers, à la dentition, à une puberté tardive, à la fonction menstruelle, etc. Ainsi le mois, et même les années s'écoulent, et le mal, enraciné de plus en

plus avec la répétition des accidents, finit par devenir incurable, tandis qu'en le caractérisant sans tergiversation dès son origine, et en le combattant d'emblée par des moyens que l'expérience justifie, on a en sa faveur des chances beaucoup meilleures qu'on ne le croit communément, de voir guérir cette maladie redoutée.

Il faut du reste se garder de confondre les épilepsies symptomatiques avec les épilepsies sympathiques; le mal caduc reconnaît incontestablement pour cause, dans quelques cas, certaines diathèses, comme la syphilis, les tubercules, et probablement quelques autres. Les travaux récents de MM. Gros et Lancereaux, Lagneau fils, Zambaco ont attiré l'attention sur la première. On a peut-être trop négligé de diriger dans ce sens-là la thérapeutique du *morbus comitialis*. Hufeland avait surtout insisté sur la convenance de rechercher les causes diathésiques dans l'épilepsie, et de les attaquer avant de recourir aux antiépileptiques proprement dits. Le conseil a été peu suivi; seulement, à moins d'indications d'une grande évidence, peut-être serait-il plus convenable de renverser l'ordre qu'il prescrit pour les deux genres de médication. Nous appelons sur ce sujet toute l'attention des praticiens, quoique nos tentatives dans ce sens n'aient pas été jusqu'ici couronnées de succès.

QUATRIÈME SECTION

OBSERVATIONS D'ÉPILEPSIES A DÉBUTS VISCÉRAUX.

Neuvième Observation.

Jeune fille de dix-huit ans, sans profession, nulle cause héréditaire connue. Plusieurs courts accès convulsifs dans

la première semaine de sa vie. A l'âge de huit à dix mois, retour des convulsions à plusieurs reprises. Récidive à vingt mois par un paroxysme de quinze heures. Retour à trente mois. Dès ce moment, se sont manifestés des attaques et de très-légers accès, les uns et les autres évidemment de nature comitiale; ils n'ont pas cessé de se montrer dès lors. Les accès légers ou spasmes se produisent journellement, et reviennent plusieurs fois dans la journée; le plus long intervalle observé a été de quelques semaines. Les attaques reviennent le plus souvent par paroxysmes, et alors les spasmes sont plus fréquents; le nombre mensuel des accès complets est de 10 à 15, le plus long intervalle a été de deux mois. Les accidents des deux ordres n'arrivant presque jamais que de jour, ils ne se montrent guère au lit que dans la soirée, quand la patiente s'est couchée après une atteinte.

L'attaque commence par une douleur plus ou moins forte à l'épigastre; quand elle est vive, elle s'accompagne d'une dyspnée intense; l'obstacle à la respiration semble à la patiente siéger au bas du sternum. Il y a en même temps un sentiment pénible de frayeur dont elle ne sait pas dire le sujet; la jeune personne lutte pour éviter l'accès, elle fait dans ce but de violents efforts de respiration; puis elle pousse cinq à six grands cris, très-aigus, très-perçants, effrayants, nullement gutturaux, paraissant exprimer soit la frayeur, soit une douleur vive et subite. La suffocation arrive, et la malade perd connaissance. Alors la tête se renverse un peu en arrière ou se tourne momentanément d'un côté; les poings fortement serrés sont appliqués sur l'épigastre ou la poitrine; les jambes sont étendues et écartées; les lèvres et les joues deviennent violettes ou bleues pendant les fortes

attaques. Des mouvements convulsifs se bornent à la face et souvent au bras gauche. Il y a émission de salive non mousseuse, etc. Dans la période de retour, il se produit parfois des vomissements. Après le rétablissement des sens, la patiente se rappelle très-nettement tous les détails du commencement de l'attaque.

A la suite des forts paroxysmes, la langue se charge, l'haleine devient mauvaise, tous les symptômes d'un embarras gastrique quelquefois fébrile se manifestent et peuvent durer quelques jours.

Dans les intervalles des séries la santé générale est parfaite.

Nous avons parlé de très-légers accès, bien plus fréquents que des attaques. Ce sont exactement (nous dit la malade, sans que nous l'y provoquions), des commencements d'attaques qui n'arrivent pas. Elle les appelle ses *spasmes* et les distingue, suivant l'intensité de la douleur gastrique et de la dyspnée, en *bruissements* (ce sont les cas légers) et en *agacements,* ce sont les plus forts. Elle ne sait pas bien caractériser la douleur gastrique ; à la dyspnée il se joint quelquefois des palpitations et toujours de la frayeur. Après une ou deux minutes, le malaise (borné au symptôme ci-dessus) se dissipe entièrement.

Il s'est montré récemment, au milieu d'un paroxysme d'attaques et de spasmes, des accès d'un degré intermédiaire : violente douleur à l'estomac, dyspnée, crises prolongées, flexion des mains sur la poitrine, perte de connaissance ; yeux ouverts et fixes ; la malade est restée debout, il n'y a pas eu de mouvements cloniques. Après quelques secondes, relâchement des bras et des mains, retour de l'ex-

pression des yeux ; puis la patiente s'est mise à parler avec l'air riant et une grande volubilité, mais sans suite ni sens. Cette sorte de délire s'est montré plusieurs fois à la suite de séries d'attaques, et même à un léger degré, après des attaques isolées, quand, par quelque circonstance accidentelle, la jeune personne ne pouvait pas dormir immédiatement après.

Elle a eu une fois un état vertigineux dans lequel, pâle et les yeux hagards, elle marchait, montait les escaliers et parlait sans savoir ce qu'elle disait ; elle fut ainsi déshabillée, mise au lit ; elle ne se rappela plus, après un sommeil de deux heures, ce qui lui était arrivé.

En général, la malade, à l'apparition d'un spasme, s'aperçoit bientôt s'il aboutira ou non ; dans le premier cas, la marche des symptômes est beaucoup plus rapide, et ils sont plus intenses.

La mère assure que l'alimentation a une grande influence sur le retour du paroxysme, elle redoute pour la patiente les fruits, les légumes, et tous les aliments qui ne sont pas d'une digestion facile. Elle a remarqué que le relâchement des selles pronostique toujours des attaques ; la fatigue intellectuelle est aussi une cause d'accidents.

Comme moyen abortif immédiat, la jeune fille fait de grands efforts de respiration. La mère presse vivement de ses mains les régions épigastrique et précordiale. Dans le paroxysme, elle applique sur l'estomac un cataplasme de lin. Nous avons conseillé des perles d'éther que la malade porte habituellement sur elle ; elle croit leur avoir dû plusieurs fois l'avortement des attaques.

Dixième Observation.

Madame ***, âgée de vingt-huit ans, femme d'un médecin, tante paternelle épileptique, aucune autre cause connue. Début à vingt-deux ans, quelques mois avant son mariage, par une attaque, nous a dit le mari; mais nous ne nous sommes pas enquis spécialement s'il n'y avait pas eu auparavant de simples spasmes.

Quatre ans et demi ont séparé la première attaque de la seconde; puis les intervalles ont été de six, quatre et deux mois. Depuis longtemps elles reviennent isolément tous les quinze à vingt jours environ; si l'espace est plus long, il y a deux attaques rapprochées; ce qui en donne toujours, en moyenne, près de deux par mois. Elles ont lieu presque constamment de jour vers dix heures du matin.

Les attaques offrent toujours un prélude dont la durée permet à la malade, quand elle est chez elle, de gagner sa chambre à coucher. Elle éprouve pendant quelques minutes, cinq ou plus, avant de perdre connaissance, les symptômes suivants : d'abord une sorte de coup à l'épigastre, suivi de tension, de constriction de l'estomac; elle est effrayée et appelle; le cœur bat avec force et précipitation; elle fuit alors dans sa chambre pour échapper aux regards; ses idées commencent à se troubler, ses paroles sont incohérentes; elle s'assied. La pupille est déjà dilatée et fixe, la vue se perd, ensuite l'ouïe; la connaissance disparaît avec le début des convulsions toniques. La tête tourne à droite, la bouche est tirée du même côté, les yeux dirigés en haut. La patiente pousse un cri et tombe. Les mâchoires se serrent, sa tête se

renverse en arrière; la convulsion se généralise avec opisthotonos; les pouces sont pliés dans les mains fermées. La période tétanique dure de quinze à vingt secondes. Les secousses qui surviennent sont générales, mais plus vives aux jambes qu'ailleurs. La respiration a été d'abord suspendue, plus tard elle est lente. La face, vers la fin de l'attaque, est turgescente et violette; la salive émise est parfois liquide, l'écume est peu abondante, la langue n'est que très-rarement et légèrement mordue. Il n'y a jamais d'évacuations involontaires. La période clonique dure une à deux minutes, le coma trois à dix minutes; il y a, dans cette dernière période, relâchement musculaire, respiration rare, profonde, stertoreuse; le pouls qui était fréquent se ralentit graduellement et offre de la plénitude. Au retour des sens, il y a quelquefois un peu de toux. La malade sort de l'état comateux en regardant tout ce qui l'entoure d'un air étonné, hébété; elle cherche à interroger les assistants, mais ne peut être comprise, car elle articule à peine et dit un mot pour un autre. L'œil est brillant, les pupilles sont encore dilatées. Il survient de l'agitation, du babil, puis madame *** reconnaît les personnes présentes. Le retour des sens et de l'intelligence est complet vingt-cinq à trente minutes après la fin de l'attaque proprement dite. Alors il y a quelquefois une crise de pleurs et toujours de la gastralgie, du froid des extrémités, rarement des frissons et enfin une céphalalgie intense qui a pu se prolonger pendant vingt-quatre heures et même davantage. Les membres sont brisés, et parfois les paupières offrent, pendant quelques jours, un piqueté ecchymotique.

Outre ses attaques, madame *** est sujette à des spasmes

ou *demi-vapeurs* dont le retour est fort irrégulier ; pendant que nous lui avons donné nos conseils, il lui est arrivé d'en être atteinte presque tous les jours pendant 1 mois, puis de ne pas les voir reparaître pendant 3 à 4 semaines. Ces accès fort incomplets sont semblables au début des attaques, même sensation épigastrique, même émotion, mêmes palpitations suivies de quelques troubles des sens et de l'intelligence, mais sans perte absolue du sentiment. Souvent, après ses attaques, la patiente appelle : *maman! maman!* (quoiqu'elle ait perdu sa mère depuis 15 ans) ; elle prononce des paroles incohérentes, et cependant, après la cessation du vertige, elle se rappelle, dit-elle, tout ce qui s'est passé. Les vertiges sont ordinairement fort courts ; toutefois, au dire de la malade, elle en aurait eu d'une durée de 10 minutes, son mari étant absent.

Madame *** n'a jamais eu d'autres manifestations épileptiques.

Les attaques sont arrivées assez souvent après les époques menstruelles. Une violente fatigue musculaire les a quelquefois provoquées. Les spasmes reviennent parfois sous l'influence de l'émotion la plus insignifiante.

On n'a jamais tenté, que nous sachions, de moyens abortifs des attaques.

Onzième Observation.

Jeune personne de 18 ans ; deux cousines germaines du côté paternel, aliénées, aucune autre cause connue. Début par un spasme gastrique à 11 ans et demi. D'abord au nombre de 2 à 3 par mois isolés, ces spasmes sont revenus de plus en plus fréquemment et par séries.

Le premier paroxysme d'attaques est survenu à l'âge de 13 ans et demi; la malade est restée 7 heures sans connaissance; les suivants ont paru à 3 où 4 mois d'intervalle, ils reviennent maintenant tous les mois. Chaque paroxysme se compose de 2 à 11 attaques ou accès en 1 jour, les spasmes sont plus fréquents à cette époque. Les attaques se montrent surtout la nuit.

L'attaque débute par une sensation douloureuse à l'estomac, qui remonte de la poitrine au cou; celui-ci se resserre et la face rougit. Le spasme arrête la déglutition et provoque un sentiment de strangulation et de suffocation; la tête tourne à droite, le bras droit s'allonge, la main étant en pronation forcée; la convulsion se généralise et la malade perd connaissance; à la période tétanique succède rapidement la période clonique. La face, rouge d'abord, est devenue violette, le cou est tuméfié. Il y a le plus souvent morsure de la langue, rarement des urines involontaires, toujours une salive mousseuse s'échappe des lèvres; du râle muqueux est entendu à distance. Enfin, il y a affaissement et coma, quelquefois stertoreux; fréquemment, à la suite, on observe autour des yeux du piqueté ecchymotique.

L'accès est souvent incomplet; alors, le début est le même et la marche identique jusqu'à la contraction du bras droit, il faut soutenir la patiente dont les membres droits n'obéissent plus à sa volonté. Elle décrit très-bien la crampe du bras et imite le mouvement de pronation exagérée. Elle conserve toute sa connaissance, et ses sens ne sont pas troublés, cependant une salive liquide plus ou moins abondante s'échappe de ses lèvres.

L'accès peut s'arrêter à la rotation de la tête, et le bras

n'être pas atteint, il y a des cas où se montrent quelques mouvements convulsifs des yeux.

Enfin la manifestation épileptique peut se borner au spasme; sensation douloureuse de l'estomac, montant au cou, obstacle à la déglutition qui provoque des efforts bruyants pour avaler la salive, mais aucune convulsion extérieure, de telle sorte que les assistants ne s'en aperçoivent pas, elle marche et dit parfois : *que je suis malheureuse!* Le spasme peut aller cependant jusqu'à une sorte de strangulation, avec forte congestion à la face et émission salivaire, la connaissance restant toujours intacte.

En dehors des accidents que nous venons de décrire, il n'y a jamais eu d'autre manifestation épileptique.

Le seul moyen abortif qu'on ait tenté, jusqu'au moment de recourir à nos conseils, a été une forte pression que la mère exerçait des deux mains sur l'estomac et la région précordiale; l'instinct seul avait dicté ce moyen ; comme il ne réussissait pas toujours, il est impossible de savoir si les accès bornés au spasme avortaient ou naturellement ou par l'effet de la médication indiquée. Le même jugement doit être porté sur l'emploi des perles d'éther que nous conseillâmes dans le même but.

Douzième Observation.

Jeune fille de neuf ans, aucune cause connue : 1 accès de convulsions éclamptiques à l'âge de 8 mois, début à 4 ans par de légers préludes ou spasmes intestinaux graduellement convertis en attaques toniques ; dès l'âge de 8 ans seulement, il y a eu, et encore rarement, des attaques cloniques. Maintenant il y a en moyenne 2 attaques par jour ; les préludes

sont moins fréquents. Les accès de divers degrés arrivent beaucoup plus souvent de jour que de nuit.

Les attaques complètes commencent ainsi : la patiente dit : *J'ai mal au ventre*, et croise ses avant-bras sur cette région ; la face rougit, bientôt la connaissance se perd, les yeux se renversent en haut, ou tournent de côté, ordinairement à gauche ; les traits de la figure sont entraînés du même côté ; les deux bras se roidissent, les poignets étant fortement appliqués contre la poitrine. Le corps s'infléchit en avant et les jambes se contractent ; la malade tomberait si on ne la retenait pas ; la face rougit plus fortement, les convulsions cloniques arrivent et l'écume se montre sur les lèvres. Quand l'attaque n'est pas intense, à peine les convulsions ont-elles cessé (elles durent une minute environ), que l'enfant parle, mais en divaguant comme dans un rêve ; après une nouvelle minute, l'intelligence est revenue et la patiente reprend sa marche, son jeu ou son repas. Le début abdominal se prolonge quelquefois et l'enfant souffre beaucoup ; elle dit : *Ah ! que cela me fait mal !* Il lui est arrivé de traverser deux chambres contiguës depuis l'invasion de la douleur jusqu'à la perte de la connaissance : plus le prélude est long, plus l'attaque est courte ; quand elle est forte, elle est suivie d'un sommeil qui dure un quart d'heure à 2 heures, ou bien le délire se prolonge plus longtemps qu'à l'ordinaire.

Les attaques toniques ne diffèrent des cloniques que par l'absence de tremblement ou de secousses, et par le fait que la salive n'est pas mousseuse, quoique parfois très-abondante.

Les accès incomplets offrent des nuances assez nombreuses ; nous en donnerons qnelques descriptions en commençant par les plus forts.

Dans le degré le plus intense, après le début ordinaire, les traits de la face se contractent, les avant-bras toniquement convulsés sont appliqués sur le ventre ou l'épigastre; les doigts seuls s'agitent comme si l'enfant grattait sa ceinture ou pinçait de la guitare.

Il n'y a ni chute, ni secousses cloniques, ni salivation, mais après l'accès l'enfant parle d'une manière incohérente.

L'accès peut se borner au vertige épileptique : spasme ordinaire du ventre, fixité du regard; après quelques instants d'immobilité, la patiente dit qu'elle a éprouvé quelque chose dans la tête, que tout lui semblait drôle, que ses cheveux lui paraissaient extraordinaires, que la tête lui tournait, qu'elle avait une *peau* devant les yeux.

Enfin tout peut se réduire au spasme initial; la petite s'écrie : *Ah! j'ai mon petit mal au ventre..... ce n'est rien, c'est passé!* la figure ne change pas, il n'y a aucun symptôme convulsif extérieur. Cela ne dure guère plus que le temps nécessaire pour prononcer la première des deux phrases citées.

Nous devons ajouter toutefois, pour compléter le tableau des accidents nerveux auxquels l'enfant est sujette, qu'il survient plusieurs fois par année des états convulsifs qui se prolongent pendant 1 à 3 heures avec des rémissions, mais sans intermittence, et qui ressemblent exactement aux accès éclamptiques des enfants. Cette assimilation nous dispense de les décrire.

Le début des attaques ou des vertiges n'a jamais varié, et, à part quelques nuances intermédiaires, il n'y a jamais eu d'autres manifestations épileptiques que celles que nous venons de décrire.

Les causes excitantes des crises ont été surtout : le service divin à l'église, les bains tièdes, les repas.

On n'a jamais tenté de moyens abortifs des attaques, on a vu l'enfant instinctivement presser son ventre de ses mains et de ses avant-bras, en fléchissant le corps en avant.

A la suite d'un traitement par le lactate de zinc, la jeune malade est restée quinze mois sans avoir d'attaque (au début de ce traitement elle en avait eu en moyenne deux par jour); mais les vertiges et spasmes n'ont cessé que pendant six semaines. Les spasmes ont reparu après ce temps, se sont graduellement aggravés, puis convertis en accès incomplets, et enfin en attaques, du moins par intervalles.

Treizième Observation.

Madame ***, âgée de quarante-deux ans, femme d'un médecin; aïeule atteinte d'*épilepsie* après cinquante ans. Mariée à vingt-deux ans, elle n'a jamais eu d'enfant; début à vingt-six ans, par 2 attaques le même jour sans cause occasionnelle connue. Les attaques suivantes, séparées d'abord par des intervalles de quatre et trois ans, se sont graduellement rapprochées. Depuis trois ou quatre années il y en a eu trois ou quatre par an. Elles surviennent presque toujours au milieu de la journée. Il y a, en outre, une ou deux fois par mois, des états nerveux identiques aux préludes des attaques, mais n'aboutissant pas.

Voici d'après le mari la description des attaques. Pendant plusieurs heures on observe d'abord les symptômes suivants : coliques rectales suivies d'un peu de diarrhée, ténesme violent et ardeur vers le col de la vessie, envies fré-

quentes d'uriner, tranchées utérines, douleurs aux aines et aux lombes, dureté et sensibilité des seins. En outre apathie dans les idées, les paroles, les actions, puis pandiculations, constriction à l'épigastre, dyspnée, efforts de respiration, surexcitation de l'ouïe. Pour faire croire qu'elle n'est pas trop malade, la patiente répète ce qu'elle entend, même les bruits de la basse-cour. Enfin la connaissance se perd graduellement, elle ne répond plus qu'à des questions répétées et par monosyllabes ou par signes. La face est pâle à cette époque; si la malade peut s'endormir d'un sommeil calme, l'attaque avorte, sinon madame*** est prise d'une sorte de coma vigil avec délire, pendant lequel les paupières, auparavant fermées, laissent voir les globes oculaires agités convulsivement, surtout à l'approche d'une lumière un peu vive. L'attaque survient, rotation de la tête à gauche, yeux fixes, distorsion à gauche de la bouche qui s'ouvre, deux ou trois cris, arrêt de la respiration, contracture générale, le bras droit relevé, le poignet serré sur le pouce, couleur violacée de la face, convulsions cloniques de la figure et des membres, émission de salive qui est lancée à une petite distance, râle guttural, puis collapsus et respiration fortement stertoreuse. Plusieurs fois la langue a été mordue, il y a toujours des urines involontaires. Les convulsions durent de 2 1/2 à 3 minutes. Quand la malade reprend ses sens qui ont été complétement abolis, elle est d'abord dans la stupeur, bientôt elle demande ce qui s'est passé; quand elle comprend son état, elle pleure, embrasse son mari avec effusion et se livre au désespoir. Pendant le reste du jour la malade souffre de céphalalgie occipitale, de brisement des membres, quelquefois de gastralgie.

Quant aux préludes ou *états nerveux* non suivis d'attaques, ce sont les mêmes symptômes que ceux qu'on observe avant celles-ci, mais ils sont plus légers : diarrhée, douleurs aux sphincters, urines fréquentes, pesanteur aux aines, aux lombes, à la région utérine, clignement des paupières, suffocation, etc. La nuit il s'y joint des rêves lascifs, des secousses dans les jambes et les fesses, et au réveil un peu de nymphomanie, tandis que à l'ordinaire cette dame est peu portée aux rapports sexuels.

Jamais les attaques n'ont eu d'autres préludes, et il n'y a jamais eu dans leurs intervalles d'autres manifestations nerveuses que celles que nous venons de décrire.

Les attaques reviennent souvent dans la semaine qui précède les menstrues. Les causes morales les provoquent quelquefois. Dans plusieurs cas elles ont commencé sur le vase de nuit.

A l'époque où pour la première fois nous fûmes appelé à donner des conseils à madame*** et pendant les quatre années suivantes, nuls symptômes indiquant un état morbide des organes intrapelviens ne se montrent dans l'intervalle des états nerveux ou des attaques. Les époques peu abondantes et peu colorées avançaient parfois de quelques jours. Mais, au commencement de la cinquième année, de la pesanteur utérine habituelle, des coliques hypogastriques, des envies fréquentes d'uriner, des tiraillements aux aines, des douleurs lombaires indiquant une affection permanente de l'utérus, engagèrent à appliquer le spéculum ; on reconnut que le col était légèrement tuméfié et présentait une ulcération superficielle saignante. On pratiqua deux cautérisations au fer rouge et un grand nombre au nitrate d'argent. Les confrères

du mari (qui habite la province) ne doutaient pas que le mal local ne fût la cause de la névrose, et qu'elle ne cédât avec l'affection du col. Vain espoir, le col reprit son aspect normal, les symptômes que nous venons d'indiquer disparurent, mais la maladie comitiale, qui ne s'était point aggravée pendant cette affection intercurrente, ne s'améliora pas quand elle eut cessé, les attaques et états nerveux continuèrent à suivre le même cours qu'auparavant.

Quatorzième Observation.

Étudiant en médecine, âgé de vingt-cinq ans, aucune cause prédisposante connue héréditaire ou autre. Première attaque survenue dix minutes après un bain dans le Rhône à Lyon, bain de quatre heures, et pendant lequel le jeune homme avait sauté dix-sept fois du haut du pont dans le fleuve, c'était en juillet. Une autre attaque est encore arrivée en sortant d'un bain froid, une en courant après un lièvre, une en dansant dans un bal.

La maladie a débuté à vingt et un ans, par une attaque, à ce que nous a dit le patient; toutefois nous ne nous sommes pas enquis suffisamment s'il n'y avait pas eu antérieurement des vertiges. Les attaques se sont montrées d'abord à deux, six, quatre, trois mois d'intervalle, elles sont devenues ensuite graduellement plus fréquentes. Depuis deux ans, elles reviennent deux à quatre fois par mois, les vertiges sont moins rapprochés.

Les attaques, qui dans les premières années survenaient surtout de jour, ont lieu maintenant presque exclusivement de nuit.

Le premier symptôme de ces crises est un spasme des organes respiratoires accompagné d'un choc ou bien d'un sentiment de chaleur ou de pression à l'épigastre. Un moment après, survient une constriction du cou, la respiration se précipite, la langue s'embarrasse, l'esprit du patient est assiégé par le *besoin* d'exprimer un fait, simultanément, dans toutes les langues qu'il a étudiées. Cette impulsion délirante le fait bredouiller un instant et il perd connaissance... Voilà ce qu'il nous raconte lui-même. Un de ses camarades, témoin oculaire de plusieurs attaques de jour ou de nuit, complète ainsi la description. Après une minute environ d'efforts respiratoires et de bredouillement : *ba*, *ba*, *bo*, *bo*, la figure s'altère, la bouche s'allonge, les yeux deviennent fixes, le malade pousse une sorte de hurlement et tombe. Tout le corps est en proie à une grande rigidité; le teint devient violacé, le cou se tuméfie, les veines de cette région sont fortement dilatées, il survient des secousses et une salive mousseuse s'échappe des lèvres. Le collapsus n'est pas suivi de coma, le patient reprend incomplétement ses sens, mais ne parle pas, il pâlit et s'endort quelques minutes après les convulsions. Ce sommeil ne dure guère qu'un quart d'heure dans les crises diurnes. La langue est toujours plus ou moins fortement mordue dans les attaques nocturnes, et constamment à droite; elle ne l'est jamais de jour.

Les premières attaques étaient beaucoup plus intenses; elles ont diminué de force et de durée en augmentant de fréquence, l'état convulsif était plus prolongé, les signes d'asphyxie étaient effrayants et il en résultait un piqueté ecchymotique qui s'étendait, dit le malade, à presque toute la peau, ainsi que des ecchymoses de la conjonctive et même

de la cornée. Il y avait coma prolongé, la céphalalgie surtout bi-temporale était atroce à la reprise des sens, la fatigue musculaire extrême et le patient était deux et même trois jours à se remettre.

Le piqueté est maintenant assez exceptionnel, le mal de tête et la courbature sont beaucoup moindres, le rétablissement est beaucoup plus prompt.

A la suite d'un traitement par le *sélin des marais*, les attaques s'étant éloignées jusqu'à ne revenir qu'à 30, 35, 50 et même 73 jours d'intervalle, les vertiges devinrent très-fréquents, et il s'en manifesta de divers degrés. Nous allons en décrire les deux principales variétés en commençant par la plus légère.

Le spasme ou vertige léger commence comme l'attaque par un spasme du larynx ou plutôt, dit le patient, des voies respiratoires. Il peut marcher, il comprend et répond, mais il est préoccupé, il se passe en lui des choses inconnues ; il en est effrayé, il lui semble qu'il est perdu, qu'on l'empoisonne, mais ces idées sont très-fugitives. Quelques instants après, sa respiration se précipite, il craint de ne pas parler intelligiblement et a assez de force de volonté pour s'en abstenir. Il a une fois, pendant le spasme, regardé sa langue dans la glace, elle ne change pas de couleur, elle ne se tuméfie pas, il n'y a pas de signes d'asphyxie. Une autre fois, à table, il a essayé de boire et de manger, la boisson a passé assez bien, mais le bol alimentaire très-difficilement. Il peut quelquefois alors, en se bornant à des mots courts, parler sans bredouiller. Le spasme cesse au bout d'une minute environ, comme par enchantement, sans qu'il y ait eu un moment de perte de connaissance. Il n'y a ni céphalalgie ni fatigue

consécutive. Nous avons été témoin de deux de ces spasmes. Le patient n'a pas cessé de voir, d'entendre, de comprendre et de répondre à nos questions. La pupille était dilatée, mais elle s'est contractée à l'approche d'une bougie allumée. La figure n'a offert aucune altération, peut-être a-t-elle pâli. Le malade faisait des inspirations assez profondes mais forcées (cela le soulage, dit-il); le pouls est resté à 72, tout à fait normal.

Dans un degré plus élevé, après les symptômes initiaux déjà décrits, notre étudiant est assiégé par son idée polyglottique et bredouille comme au début de ses attaques : *bé*, *bé*, *bo*, *bo*. Il a alors la vue trouble et son cœur bat fortement. Tout en bredouillant, il entend ce qu'on dit autour de lui. Ainsi un jour, au théâtre, il continua à suivre l'air qu'on chantait, il entendit ses voisins qui lui disaient *chut*..., et son ami qui répondait : *ne faites pas attention!* Il rougit au milieu de ce genre de vertige qui ne dura guère plus d'une minute.

Le patient n'a jamais éprouvé d'autres espèces de manifestations épileptiques, et le début, pour chaque degré, a toujours été semblable. Il jouit en dehors de ses accidents nerveux d'une excellente santé.

Il a essayé, à plusieurs reprises, de faire avorter ses attaques par l'inspiration de l'éther pendant la durée de la période spasmodique et vertigineuse; mais toujours sans succès, dit-il.

CHAPITRE IV

DÉBUTS ENCÉPHALIQUES.

SECTION PREMIÈRE

ATTAQUES ET VERTIGES.

La loi d'identité des accès incomplets et des commencements d'attaques a été si nettement établie dans les deux chapitres précédents, et elle ressortira si clairement des faits contenus dans celui-ci, qu'il nous a paru inutile de séparer désormais dans leur description les débuts des attaques et les débuts des vertiges.

Des 300 épileptiques qui ont fourni les éléments de ce travail, 183, soit 61 par 100, ont offert des attaques ou des accès incomplets commençant par le trouble ou l'abolition des sens, certaines perturbations intellectuelles, la perte de la conscience.

Chez 49 de ces 183 malades les symptômes des débuts avaient pour siége les organes des sens.

54 avaient des attaques ou vertiges commençant par un trouble de l'intelligence ou quelque malaise cérébral.

Chez 54 il y avait immédiatement perte absolue du sentiment de l'existence, de telle manière que les patients ne conservaient aucun souvenir d'un symptôme initial quelconque.

Dans 26 autres cas, l'accident commençait par une commotion. Nous étudierons cette dernière catégorie dans une section à part, parce que le sujet est à peu près entièrement neuf et qu'il ne nous semble devoir être bien compris qu'après l'examen de toutes les questions relatives aux accès complets ou incomplets des trois premières catégories à débuts encéphaliques.

Nous allons décrire successivement toutes les variétés de début qu'ont présentées les trois premières catégories.

Il pourra paraître, au premier abord, singulier que nous rangions les symptômes cutanés parmi les débuts encéphaliques, tandis que nous avons placé les convulsions des muscles de la cavité buccale parmi les débuts périphériques. Mais la contradiction est ici dans les termes et non pas dans les choses. Nous nous sommes servi du mot périphérique, parce que l'expression était consacrée, commode par sa brièveté et vraie dans l'immense majorité des cas; en réalité il faudrait dire: débuts par la convulsion des muscles soumis à la volonté. Une remarque semblable s'applique à la dénomination de débuts encéphaliques dont le vrai sens, pour nous, est celui de début par le trouble ou l'abolition des sens et de l'intelligence.

Chez 3 de nos épileptiques les accès commençaient par la *peau*. Une demoiselle éprouvait dans les mains une sensation subite de froid qui se généralisait, en s'accompagnant de frissons; ces malaises étaient très-caractérisés. Une jeune fille ressentait tout à coup du froid dans les fesses. Ce froid suivi de chaleur s'étendait graduellement. Enfin chez un troisième le sentiment de froid commençait par la figure. Dans aucun cas, on le voit, les attaques ou vertiges n'ont commencé par

une hallucination du tact ; mais comme symptôme secondaire et au milieu d'un étourdissement initial, une jeune dame croyait sentir que l'objet qu'elle tenait dans sa main augmentait peu à peu de volume ; un jour, au moment où elle était prise d'un vertige, elle étendait la main sur une table pour y prendre une lettre qu'elle voulait jeter au feu, elle y jeta une bouteille.

En ce qui concerne la *bouche*, considérée comme organe de sensation, nous n'avons rencontré, comme début, aucune perturbation du sens du goût ; nous avons dû nous borner à ranger dans cette catégorie le cas d'un petit garçon chez qui les attaques commençaient toujours par une très-vive douleur sur une petite molaire supérieure gauche. On observe fréquemment, il est vrai, dans le cours de vertiges, des mouvements de gustation, de mâchonnement, de déglutition ; mais comme alors les malades sont privés de connaissance, il est difficile de savoir si ces mouvements instinctifs sont dus à une hallucination du goût ou s'ils ne sont pas plutôt l'effet de l'accumulation de la salive dans la bouche, par le fait du spasme pharyngien. Nous reviendrons sur ces symptômes.

Trois malades sentaient toujours leurs accès complets ou incomplets commencer par une perturbation ou plutôt une hallucination de l'*odorat;* deux d'entre eux percevaient une odeur agréable, toujours la même ; c'était pour l'une un parfum très-odorant, qu'elle ne savait comparer à aucun autre connu ; pour l'autre, l'odeur ressemblait à celle de l'angélique ; le troisième éprouvait l'impression désagréable des tourteaux de noix. Enfin un petite fille à débuts gastriques et qui, par conséquent, ne figure pas dans la statistique de ce chapi-

tre, signalait parfois, comme premier symptôme, une mauvaise odeur.

Chez quatre patients, les accès commençaient par des perturbations de l'*ouïe* : bourdonnements dans les deux oreilles ou dans une seule; bruit semblable à celui d'un train sur un chemin de fer; la quatrième signalait une brusque occlusion des oreilles.

Les épileptiques à débuts par des troubles de la *vision* sont beaucoup plus nombreux que tous les cas réunis appartenant aux quatre autres sens : nous en avons eu 38. Chez 10, le prélude consistait en apparitions lumineuses, étoiles, lumières, chandelles, ou en étincelles, bluettes, suivant que le phénomène était fixe ou mobile. Une jeune personne voyait une étoile, tantôt fixe, tantôt tournant en cercle avec rapidité; d'autres fois c'étaient plusieurs tourbillons lumineux; ces diverses sensations étaient pour elle horriblement pénibles. Aussi se comprimait-elle fortement les yeux pour y échapper, mais sans succès; elle n'était soustraite à cette obsession qu'en perdant connaissance. Une malade ne percevait cette apparence que dans l'obscurité. Chez un enfant de 5 ans, le phénomène se trahissait par l'acte de couvrir de ses mains ses yeux qui se remplissaient de larmes. Enfin, un épileptique, peu intelligent, se bornait à signaler des éblouissements comme étant le signe des débuts de l'épilepsie; c'est prendre l'exception pour la règle; car cette espèce de prélude ne s'est montrée que dans la trentième partie de nos cas.

Quatre patients offraient au début de leurs attaques non plus des apparences lumineuses, mais de véritables perturbations de la vue. L'un d'eux voyait les objets multiples;

pour un autre ils se coloraient d'une manière étrange; un petit garçon de huit ans appelait ses éblouissements *bleus;* enfin une femme ne savait que nous dire : *Cela me fait drôle aux yeux.*

Le tournoiement des objets, comme premier symptôme, s'est présenté chez 10 épileptiques. Le plus grand nombre exprimait cette sensation de la même manière; tout à coup les objets leur paraissaient tourner autour d'eux. Un enfant s'écriait : *Ah! maman! tout tourne, tout tourne... les chaises... je vais tomber.* Un autre fermait les yeux pour échapper à cette sensation. Enfin un patient voyait les objets disparaître en tournant.

Dix épileptiques encore percevaient, comme première sensation, un obscurcissement de la vue; c'était, pour nous servir de leurs expressions, un nuage ou un sombre brouillard qui passait devant leurs yeux, un voile qui tombait, un trouble subit ou un obscurcissement.

Enfin dans les quatre derniers cas de cette catégorie la vue se perdait brusquement sans trouble préalable, l'ouïe et l'intelligence étant encore intactes.

Dans le langage ordinaire, on confond habituellement sous le nom de vertige le tournoiement des objets, le tournoiement de tête et l'étourdissement. Au point de vue physiologique, ces phénomènes doivent être distingués : le premier appartient aux perturbations visuelles; dans le second qui s'accompagne, à un certain degré, de titubation, il y a évidemment défaut de coordination des mouvements, enfin dans le troisième, outre le voile sur les sens, il y a trouble de la perception générale. Ces trois espèces de malaises ne doivent donc pas être confondus, mais il faut les rapprocher, parce

qu'ils se combinent ou se succèdent assez souvent. Nous éviterons soigneusement de nous servir du mot de vertige pour exprimer les phénomènes que nous allons décrire, réservant cette dénomination pour les accès incomplets qu'on a appelés de tout temps vertiges épileptiques.

Onze malades sentaient leurs accès commencer par le *tournoiement de tête;* la plupart ne décrivaient pas autrement la sensation qu'ils éprouvaient. Quelques-uns étaient plus explicites ; l'un d'entre eux disait, en outre, être pris subitement comme d'un état d'ivresse; il chancelait, saisissait un meuble pour se retenir, etc. Un autre parlait d'une sorte d'étourdissement pendant lequel il fléchissait sur ses jambes et cherchait un point d'appui. Enfin une jeune personne signalait, outre le tournoiement de tête, de l'étourdissement; elle avait, disait-elle, la tête vide et restait involontairement clouée à sa place.

Dans dix-neuf cas le symptôme initial était l'*étourdissement.* Les plus intelligents se définissaient ainsi : trouble léger des sens et de l'intelligence, comme dans l'éminence d'un évanouissement ; ou bien : vague dans la tête avec menace de syncope; plus explicite encore, un autre signalait, comme se manifestant à la fois des bourdonnements dans les oreilles, l'obscurcissement de la vue et le trouble de l'intelligence. L'étourdissement est donc une transition naturelle entre les troubles des sens que nous avons examinés et les phénomènes de perception générale ou de la pensée dont nous allons aborder l'examen.

Pour dix patients le début consistait en des *perturbations de l'intelligence,* avec ou sans hallucinations. Des exemples peuvent seuls donner une idée juste de ces aberrations ; une

malade d'un esprit très-distingué nous disait. « Il s'agit d'un trouble purement intellectuel; je n'ai ni éblouissements, ni vertiges, je puis lire encore les mots, mais je n'en comprends plus le sens. C'est un état des plus pénibles; il me semble qu'une partie de mon intelligence assiste à l'égarement de l'autre. » On ne saurait définir avec plus de netteté le délire partiel. Un jeune prêtre de grande espérance s'exprimait ainsi : « Ce sont des idées sans suite et cependant contradictoires; si j'entends une conversation, elle me suscite deux idées qui se combattent; je perds la tête et non pas la connaissance : j'entends, je comprends, mais mon esprit est ailleurs. » Autre version d'un autre patient : « Il y a en moi deux personnes dont l'une jouit de la raison et l'autre déraisonne. » Un épileptique parlait d'une idée fixée, toujours la même, mais qu'il n'a jamais pu se rappeler. Un autre mentionnait seulement un égarement de la raison. Une jeune personne d'un esprit très-observateur racontait ainsi le début de ses attaques : « Je suis prise, sans cause, d'une tristesse subite, et à l'instant même mes yeux restent fixes sur un objet et ma pensée sur une idée qui me rappelle l'image très-nette d'un ancien rêve; l'idée fixe m'absorbe tellement que, quoique je regarde toujours vers le même point, je ne vois plus l'objet. »

Les *hallucinations* sont très-variables et le plus souvent d'une nature pénible. La femme d'un médecin nous décrivait ainsi les siennes. Le plus souvent elles sont horribles ou effrayantes, quelquefois seulement tristes, exemples : la vue d'une femme décapitée; le spectacle d'une mère qui martelle la tête de son enfant; la vue, dans une rue, d'un écriteau qui lui ordonne de se jeter sous les pieds des chevaux; une corde

suspendue pour la pendre, son mari en *criminal conversation*. « C'est, me disait un patient, un rêve dans lequel se reproduit d'une manière saisissante une scène quelquefois sanglante. » Un malade disait qu'alors, au milieu d'un bien-être remarquable, il était en proie à une hallucination variable, le plus souvent liée à des souvenirs d'enfance. Dans un autre cas, c'étaient des apparences bizarres, ou bien les yeux étaient forcément attirés vers un objet qui devait subir une transformation.

Avant d'arriver aux cas qui débutent par la perte immédiate de la connaissance, nous mentionnerons certains malaises qui la précèdent immédiatement chez quelques épileptiques, malaises qu'ils rapportent au cerveau ou à ses enveloppes.

Chez six d'entre eux, ce prélude était une vive céphalalgie, l'un accusait une douleur subite, rapidement croissante et très-courte au synciput ou dans les tempes, accompagnée d'un sentiment pénible de constriction de la tête, un autre indiquait une vive douleur à la nuque, se propageant par la ligne médiane au front et amenant aussi une constriction douloureuse de la tête. Trois enfants disaient alors : *Ah! que j'ai mal à la tête!* ou simplement : *ma tête!* Cinq patients signalaient un sentiment de congestion à la tête, un flux de sang montant au cerveau, une bouffée de chaleur vers cet organe. Les assistants signalaient à ce moment la coloration rouge, quelquefois foncée, de la face, mais non la teinte de l'asphyxie.

C'est par la *perte brusque de toute connaissance* que commençaient les accès des cinquante-quatre épileptiques formant la troisième catégorie de notre troisième genre. Quoi-

qu'ils se rappelassent très-bien les circonstances extérieures au milieu desquelles ils avaient été frappés, ils ne conservaient aucun souvenir d'un avertissement quelconque. Nous avons dû rechercher, pour les débuts encéphaliques, comme pour les deux autres genres, si la règle de l'identité des débuts chez le même patient subissait quelques exceptions. Elles ont été proportionnellement aussi rares que dans les deux premiers chapitres.

Le cas le plus fréquent a été celui de malades dont les attaques commençaient habituellement par un trouble de la vue, le tournoiement de la tête, l'étourdissement, une perturbation de l'esprit, la céphalalgie ou la congestion, et qui parfois ne conservaient aucun souvenir du début de l'attaque. Le prélude avait-il manqué ou avait-il été trop rapide pour se graver dans le souvenir? Chez un très-petit nombre de patients et très-rarement pour chacun l'attaque, au lieu de préluder par la perte de la vue, le tournoiement de la tête ou l'étourdissement, a commencé par une hallucination ou du délire.

Du reste chez deux de nos malades le temps a amené, dans les symptômes du début, des changements durables; chez l'un, à une hallucination de l'odorat a succédé, après plusieurs années comme prélude, la perte immédiate de la conscience; chez l'autre la commotion a été remplacée par le trouble de la vue et la polyopie.

Nous avons maintenant à étudier la marche des symptômes dans les attaques ou vertiges à débuts encéphaliques.

L'étude que nous allons faire de cette marche pourra, au premier coup d'œil, paraître minutieuse; mais elle est de la plus haute importance pour le sujet qui nous occupe. C'est le

fil qui nous conduit jusqu'ici et qui nous conduira encore dans le labyrinthe, de plus en plus inextricable, sans ce guide, des accès incomplets d'épilepsie.

Dans toutes les catégories de débuts autres que ceux caractérisés par la perte immédiate de la connaissance, nous ne suivrons pas les symptômes jusqu'à la fin de l'attaque, parce que nous aurons plus loin l'occasion de compléter l'étude de cette marche.

Parmi les trois malades à début cutané, était une jeune fille chez qui les vertiges commençaient par les fesses ; une sensation de froid suivi bientôt de chaleur descendait d'abord dans les cuisses, puis remontait au dos, gagnait de là l'estomac, s'élevait au cou, à la face et au front. La figure rougissait; la tête devenait douloureuse ; survenaient alors souvent des idées tristes, des hallucinations ou plutôt des rêves effrayants : un jour elle crut voir la mort qui venait, sa faux à la main, pour lui trancher la tête; elle se souvenait de l'avoir baissée, pensant mourir, et d'avoir fait un acte de contrition en disant : *Mon Dieu, ayez pitié de moi*, mais tous ces phénomènes marchaient très-rapidement, et la connaissance se perdait bientôt. Chez une demoiselle plus âgée, le froid partant des mains remontait aussi à la tête en s'accompagnant de pénibles frissons; alors survenait le tournoiement de tête, du trouble des sens et de l'intelligence et une hallucination ou rêve qu'elle se rappelait toujours et dont le sujet était très-variable ; après un temps très-court la connaissance se perdait, les yeux devenaient fixes, les traits du visage se contractaient; un ou deux cris rauques s'échappaient et les convulsions se généralisaient..... Dans le troisième cas, au froid de la figure succédaient immédiatement le tournoie-

ment de tête, la perte de la connaissance, les convulsions des yeux, la rotation du malade sur lui-même de droite à gauche et la chute.

Ainsi dans les 3 cas, le froid, comme la crampe dans les débuts périphériques, montait jusqu'à la tête; puis, dans ces trois faits encore, arrivait le tournoiement de tête, suivi ou non d'hallucinations, et précédant immédiatement la perte de connaissance. Ces trois épileptiques sont les seuls que nous ayons rencontrés, dont la première période de l'accès rappelât le malade à *aura frigida* de Galien; le fait ne s'est présenté que dans la proportion de 1 sur 100 dans notre série; et cependant telle était la foi dans la parole du maître, que, pendant tout le seizième et le dix-septième siècle, ce genre de début a été regardé comme le type des épilepsies sympathiques externes et a eu, par une vicieuse interprétation du phénomène, une influence des plus fâcheuses sur le traitement de ce genre du mal caduc.

L'enfant dont les attaques commençaient par une vive douleur dentaire portait la main sur sa joue, poussait quelques cris de souffrance, tordait ses membres, enfin poussait un soupir et perdait le sentiment; alors rotation des yeux et de la tête du même côté, contraction des traits, etc.

L'un des trois malades à début par de fausses perceptions d'odeurs perdait si vite connaissance qu'il ne pouvait que rarement avertir. Un autre sentait l'odeur descendre dans la gorge; alors toute perception se perdait. La troisième éprouvait une sensation qui de la gorge descendait dans l'estomac où elle se convertissait en inquiétude et en tortillements; pendant ce spasme, de tristes souvenirs assiégeaient la patiente; il lui semblait qu'elle allait mourir; aussi, quoique l'odeur

fût agréable, l'impression qu'elle en éprouvait était des plus pénibles, mais bientôt elle perdait ses sens.

Dans les débuts par l'organe olfactif, l'abolition de la conscience suivait donc le plus souvent le prélude; dans un cas, celui-ci était suivi d'un spasme gastrique précédant un trouble intellectuel pendant lequel la connaissance se perdait.

Sur les six épileptiques dont les attaques commençaient par les oreilles, deux perdaient la conscience, sans symptôme intermédiaire; deux éprouvaient auparavant du trouble des sens et de l'intelligence : tournoiement de tête, bégayement, hallucinations. Des deux derniers l'un ressentait, mais exceptionnellement, avant l'abolition de toute perception, une forte douleur dans l'estomac ; chez l'autre c'était du fourmillement ou du bouillonnement avec chaleur et engourdissements dans la main gauche, puis dans tout le membre thoracique; à cette sensation succédaient la crampe et les convulsions cloniques de cette partie; la marche du reste de l'attaque était semblable à celle que nous avons décrite dans les débuts périphériques.

Ainsi le plus souvent, dans les débuts par les oreilles, le trouble ou l'abolition des sens et de l'intelligence succède sans transition aux bourdonnements, mais aussi, quoique rarement, le système musculaire viscéral ou volontaire peut être envahi, le malade ayant encore sa connaissance.

Chez les dix malades dont les attaques ou vertiges commençaient par des apparences lumineuses, les symptômes se succédaient presque toujours dans l'ordre suivant : tournoiements des objets ou de la tête, étourdissements, perte de la vue, puis de l'ouïe avec ou sans bourdonnements, puis abolition de la conscience. Dans un seul cas, de légers symptômes d'asphyxie,

et la main portée sur le cou semblaient indiquer que le spasme de la glotte précédait la perte de la connaissance. Dans les quatre débuts par des perturbations de la vue, celle-ci se perdait avant l'ouïe; le trouble de l'intelligence, suivi de l'absence de toute perception, s'est rencontré ensuite dans tous les cas.

Même marche, en général, chez les dix épileptiques dont les accès commençaient par le tournoiement des objets : un seul, avant de perdre la vue, éprouvait une sorte de bouillonnement dans la tête. Dans cette catégorie encore nous avons constaté que la vue se perdait avant l'ouïe.

Enfin, pour terminer ce qui concerne les débuts par les troubles visuels, nous dirons que les cas qui offraient pour préludes l'obscurcissement ou la perte de la vue, ne différaient en rien, quant à la marche ultérieure, des symptômes des autres cas où le début se caractérisait par des troubles de la vision.

Dans les 11 cas de débuts par le tournoiement de tête, la succession des phénomènes était à peu près la même chez tous; le patient chancelait, ses jambes fléchissaient; il saisissait un meuble ou s'asseyait et perdait connaissance. Cependant, chez quelques-uns, la marche est un peu moins rapide; un patient cherchait un point d'appui et s'écriait : *Ah! je suis étourdi*, perdait la vue, avait des bourdonnements, tout en continuant à entendre et à comprendre, s'asseyait, puis perdait toute conscience. Un autre encore, après avoir senti ses jambes fléchir, perdait la vue et avait de la peine à gagner son lit en tâtonnant. Chez un troisième, une hallucination très-courte précédait la perte de l'intelligence. Enfin une épileptique, pendant le tournoiement de tête, était clouée sur place et sentait ses yeux fixés malgré elle sur un objet quel-

conque. Malgré ces variations, il y avait toujours, après les tournoiements de tête, titubation, puis perte immédiate de la connaissance; ou bien, trouble des sens et de l'intelligence avant l'abolition de tout sentiment.

Des dix-neuf malades chez qui les accès commençaient par un étourdissement, huit perdaient toute conscience immédiatement après, c'est-à-dire sans symptômes intermédiaires. Entre l'étourdissement et l'anéantissement de la connaissance, un épileptique sentait que son intelligence se couvrait d'un voile avant d'être anéantie; un autre délirait légèrement; deux éprouvaient des hallucinations; l'un entendait des voix, l'autre rêvait, disait-il; une malade dont nous avons déjà parlé éprouvait l'hallucination du toucher que nous avons décrite, puis elle sentait la tête tourner d'un côté et s'apercevait du commencement de la chute; un épileptique délirait fortement; un autre prononçait des paroles incohérentes; un patient se sentait enlever dans les airs; deux chancelaient ou tombaient, mais en se retenant; un autre perdait la vue et appelait; un épileptique n'entendait plus, chose rare, quand il voyait encore, et il se rappelait quelquefois la rotation de la tête. Chez trois malades, des symptômes appartenant aux débuts périphériques se montraient entre l'étourdissement initial et la perte de toute perception. La première était la femme d'un médecin; sa narration, plusieurs fois répétée et confirmée par le témoignage de son mari, donne toute authenticité à la succession des phénomènes. Dans ce cas, que je cite malgré son anomalie, la patiente éprouvait d'abord un trouble des sens et de l'intelligence, ou un étourdissement, *comme si elle eût été suspendue par les pieds*, disait-elle. Après un court instant, elle sentait descendre dans le

bras, le côté du tronc et la jambe, toujours du côté droit comme un fluide qui marchait de proche en proche en engourdissant les parties, mais en provoquant, quand il atteignait les articulations, surtout celle du pied, une sensation très-douloureuse de dislocation. L'engourdissement ou fourmillement était semblable à celui que cause la compression du nerf principal d'un membre, c'était une *pseudo-hémiplégie* droite; d'après le mari, les membres de ce côté n'obéissaient plus à la volonté; bientôt les deux membres droits étaient agités de légers mouvements convulsifs; la face y participait ensuite, et la malade perdait connaissance. Un vale de chambre éprouvait quelque chose d'analogue; après l'étourdissement il sentait un *brouillard* qui descendait dans le bras droit, et, à moins d'une forte volonté, lui faisait abandonner ce qu'il tenait dans cette main ; le brouillard gagnait la tête, et le patient perdait ses sens. Enfin à ces deux cas il faut ajouter celui d'une jeune fille qui, en même temps que l'étourdissement (caractérisé à la fois par des bourdonnements d'oreille, le trouble de la vue et de l'intelligence), éprouvait une crampe de la main droite, qui s'étendait au bras, et était suivie de l'abolition de la conscience.

Parmi les onze malades à débuts par des perturbations de l'intelligence, des hallucinations ou rêves, cinq perdaient la connaissance au milieu de cet état. Chez quatre autres, entre le symptôme initial et l'abolilion de la conscience, on observait les phénomènes suivants : trouble de la vue, non de l'ouïe; dans 1 cas, obscurcissement de la vue, bourdonnements et terreur vague; dans un autre, trouble des sens; *engourdissement du cerveau*, dans un troisième; enfin, chez le dernier malade, trouble de la vue, exagération extrême des bruits en-

vironnants; en voulant appeler, il sentait que sa voix était étranglée. Un épileptique, pendant l'hallucination, sentait une douleur au bas de la région précordiale, éprouvait des nausées et des envies d'aller à la selle auxquelles il résistait, et perdait alors seulement la connaissance; les spasmes du canal digestif venaient donc se mêler aux symptômes cérébraux. Ces cas participaient ainsi de ceux du second genre, comme le suivant de ceux du premier genre; ce dernier malade subissait, dans le cours de la perturbation intellectuelle, un éblouissement ou sentait sa vue s'obscurcir, il percevait de petites secousses dans les muscles sous-maxillaires; sa bouche s'ouvrait malgré lui et il assurait se rappeler le cri d'étranglement pendant lequel il perdait connaissance.

Dans cinq des 11 cas débutant par la céphalalgie, la congestion cérébrale ou une forte chaleur à la tête, l'abolition de la conscience succédait immédiatement. Dans quatre, il y avait dans l'intervalle, tournoiement de la tête ou étourdissement. Dans un autre c'était un bruit de rivière voilant les autres sensations. Dans le dernier, outre le prélude et la perte de la connaissance, il y avait embarras subit de la parole, trouble de l'ouïe et de l'intelligence, la vue était encore conservée.

En résumé, dans l'ensemble des faits appartenant à la catégorie des débuts par des troubles de l'intelligence ou par des sensations à la tête, la perte de toute conscience suivait immédiatement ces préludes dans le plus grand nombre des cas. Quelquefois elle en était séparée à court intervalle par quelque altération des sens, très-rarement par un spasme viscéral ou par des convulsions externes.

Nous sommes arrivés maintenant à la marche des cas à

débuts par la perte de toute conscience. Ici, nous serons privés de la ressource précieuse des renseignements. Les malades ne peuvent pas raconter leurs impressions. Ce n'est pas comme on pourrait le croire, au moins pour quelques-uns, que leur mémoire ait pu être, après l'accident, altérée par la violente perturbation qu'ils viennent d'éprouver, non, c'est par défaut complet de perception dès l'origine de l'attaque; nous insistons sur ce fait, parce qu'il a de l'intérêt aux points de vue physiologique et psychologique. En effet, nous avons vu jusqu'ici les épileptiques nous raconter, et quelques-uns avec beaucoup de sagacité, les phénomènes qui précédaient la perte de connaissance, phénomènes qu'ils distinguaient même au milieu du trouble des sens et de l'intelligence. Ici, rien de pareil, ils se rappellent très-distinctement les circonstances dans lesquelles ils ont été frappés; quelques-uns même se souviennent de la phrase commencée au moment où, comme par sidération, le moi leur a été enlevé; mais ils ne savent absolument rien du début de l'attaque. C'est donc bien par le fait de l'abolition subite de toute perception, et non par défaut de souvenance, qu'ils ne s'aperçoivent, qu'après l'accès, de l'accident qu'ils ont subi.

Toutefois, à défaut de renseignements donnés par le malade, il nous reste les signes extérieurs observés par les assistants; ces signes nous fourniront des résultats dignes d'intérêt.

On est disposé à croire que, dans leurs attaques, les épileptiques, une fois privés de connaissance, sont incapables de toute manifestation intellectuelle et de tout acte exigeant des mouvements coordonnés. Il n'en est point ainsi, comme les faits vont le démontrer.

Six malades, qui ne conservaient jamais aucun souvenir de leurs attaques, offraient immédiatement tous les signes d'un délire, loquace chez trois d'entre eux, muet chez les trois autres. Une couturière, qui essayait une robe à une dame, répète à plusieurs reprises la courte phrase qu'elle prononçait au moment de perdre connaissance; elle s'assied l'œil hagard, elle baise le verre d'eau qu'on lui présente, se raidit de tous les membres, et l'attaque se complète; un jeune homme déraisonnait un moment avant la fixité des yeux, la rigidité générale, le cri, la chute, les convulsions cloniques. Un employé s'arrêtait brusquement dans son travail : *Oim*, *oim*, *ne*, *ne*, *ne*, *na*, *na*, *na*, les yeux et la tête tournaient à gauche, il tombait, etc., etc. Le fils d'un médecin, pris à table un jour devant son père, jette au loin le verre dont il buvait le contenu au moment de perdre connaissance; une autre fois, saisi au milieu d'un jeu dans la cour d'un lycée, il entre sans tunique dans une classe qui n'était pas la sienne, insulte un maître d'étude, puis se roidit et tombe. Le neveu d'un autre médecin étant à table et mangeant, en présence de son oncle, se lève brusquement et par des mouvements désordonnés, mais non convulsifs, renverse les objets qui étaient devant lui; bientôt flexion de la tête en avant, lèvres avancées, aucun cri, on le retient dans sa chute, contraction générale, figure pourpre, etc. Enfin un jeune homme était, pendant un temps très-court, dans un état apparent de délire durant lequel il repoussait tout secours; et cela avant la fixité des yeux et la série des symptômes qui constituent une attaque complète.

Après ces actes d'intelligence et de volonté perverties, il est vrai, mais survivant à la perte de connaissance, il con-

vient de parler de certaines manifestations instinctives que présentent un certain nombre d'épileptiques à cette période de leurs attaques; ces manifestations, celles du moins que nous avons observées, sont de deux genres : les unes paraissent se lier au spasme du pharynx, les autres semblent avoir pour but de prévenir ou d'amortir les chutes; nous étudierons plus loin ces dernières en parlant de la chute.

On n'a peut-être pas oublié que dans les cas à débuts viscéraux, quand le spasme ascendant était arrivé à sa limite supérieure, c'est-à-dire au pharynx, on observait deux marches différentes : le trouble ou la perte des sensations et de l'intelligence succédaient immédiatement aux convulsions internes, ou bien les convulsions externes prenaient le devant. Dans les débuts encéphaliques, après l'abolition de la conscience ou des actes intellectuels, tantôt apparaissent d'abord des signes des spasmes viscéraux, tantôt les convulsions des muscles volontaires ouvrent la marche.

Dans les 13 cas que nous allons examiner, le spasme pharyngé paraissait être le second symptôme; il appartient donc à la première des deux espèces de marches que nous venons d'indiquer. Un médecin, au moment où il venait de perdre connaissance, au milieu d'un court état de stupeur, de fixité des yeux et de rougeur de la face, faisait, pendant quelques instants, des mouvements des lèvres et de la bouche, comme pour recueillir sa salive ou se rincer la bouche; il s'y mêlait une sorte de mâchonnement, bientôt, rotation des yeux et de la tête, cri strident, chute..... Plusieurs autres patients, à la même période, faisaient entendre les bruits de gustation, de mastication et de déglutition, l'un deux *chantonnait* un peu. Chez quelques épileptiques ces symptômes se rédui-

saient à deux ou à un seul des trois phénomènes de gustation, de mastication et de déglutition. Un malade, tout en mastiquant, avait les lèvres contractées. Les mouvements de déglutition sont les plus fréquents de tous ceux que nous venons d'indiquer.

On comprend que dans ce chapitre il n'est pas possible de suivre la marche des spasmes viscéraux, comme nous avons pu le faire pour les malades qui, ayant encore leur connaissance pendant le cours de ces convulsions internes, pouvaient rendre compte de ces sensations. L'émission involontaire des urines, qui ne se montre que dans le plus petit nombre des attaques, est un signe certain du spasme viscéral, mais il n'est pas facile de savoir le moment précis où il a eu lieu ; ce doit être le plus souvent pendant les convulsions générales, car la miction est bien plus rare dans les accès incomplets que dans les attaques : nous en avons pourtant rencontré dans le premier, ainsi qu'on le verra quand nous parlerons des vertiges. Les selles involontaires s'observent bien moins souvent encore dans les attaques que la perte des urines, mais elles peuvent aussi avoir lieu dans les accès incomplets. Nous n'avons observé qu'une fois l'éjaculation spermatique dans le cours d'une attaque ; c'était une attaque nocturne.

Nous aurons achevé ce qui concerne les spasmes viscéraux, dans les accès complets à débuts encéphaliques, quand nous aurons dit que, dans 3 cas, la contraction de la glotte paraissait succéder immédiatement à la perte de connaissance. Nous devons la description de l'un de ces cas à un témoin oculaire très-intelligent, très-bon observateur, et, sur notre demande, très-attentif : perte subite de connaissance, le patient étant debout, yeux fixes s'ouvrant grandement, figure très-

rouge, attitude et expression de quelqu'un qui suffoque, affreux cri guttural, inclinaison du corps, et chute en avant... Un autre fait concerne un enfant : en pleurant ou en criant, il perdait la connaissance et la respiration qui restait suspendue, yeux fixes et renversés, rougeur violacée de la face, rigidité générale, on prévenait la chute.....

La série des convulsions externes dans les attaques à débuts encéphaliques s'ouvre par les muscles des yeux; ceux de la face, du cou, des membres thoraciques, en commençant par les mains, du tronc et enfin des membres abdominaux, en partant des pieds, sont successivement envahis par la contracture. Telle est du moins la marche générale; dans le plus grand nombre des cas, les globes oculaires sont entraînés d'un côté, surtout à gauche; les traits de la figure sont tirés du même côté, la tête tourne dans le même sens; le tronc s'infléchit du même côté, ou tourne dans cette direction. Cependant les yeux peuvent se diriger en avant, et la tête s'incline vers le sol, les globes se renversent en haut, et l'extrémité céphalique en arrière. Les directions intermédiaires se rencontrent aussi. A l'ordinaire, le tronc et les membres prennent une attitude en rapport avec les mouvements de la tête; les membres sont en flexion dans l'emprosthotonos, en extension dans l'opisthotonos. Toutefois cet ordre général subit de nombreuses exceptions : ainsi on voit les jambes étendues pendant que les avant-bras sont fléchis, les doigts allongés avec les poignets en flexion, les deux membres semblables dans des attitudes différentes. En outre, au mouvement de la tête dans un sens peut succéder la rotation du côté opposé ou l'inclinaison en avant, à la flexion d'un membre son extension; à la rectitude du tronc son inflexion, etc.

La contracture, la dureté des muscles n'atteignent pas d'emblée leur maximum d'intensité, on voit la rigidité s'accroître comme dans un effort très-violent et soutenu. Alors, quand déjà quelques mouvements partiels légèrement saccadés ne se sont pas manifestés pendant la période tonique, les muscles commencent à être agités d'un léger frémissement, d'une trépidation dont les battements deviennent de plus en plus accentués, tout en s'espaçant davantage. En général, les secousses alternent d'un côté à l'autre; ainsi les mouvements des avant-bras à demi fléchis ressemblent parfois à ceux d'un tambour qui bat un roulement. Enfin, les convulsions se terminent par quelques soubresauts plus vifs encore et plus éloignés que les secousses antécédentes.

La période exclusivement tonique dure, en général, d'un quart de minute à deux minutes, et les convulsions cloniques, d'une demi-minute à deux minutes. La durée totale des convulsions est comprise entre les limites d'une et trois minutes.

La rigidité cesse à l'ordinaire presqu'en même temps que les soubresauts; cependant, on observe quelquefois pendant quelques instants de la contracture dans les membres ou dans un membre, après que tout le mouvement a cessé.

Au milieu des variétés et des nuances que nous venons d'indiquer, il est évident qu'il ne pouvait être question des proportions exprimées en chiffres; nous devons également nous borner à de simples rapports, en plus ou en moins, dans l'étude que nous allons faire de plusieurs autres circonstances.

Dans l'esquisse rapide que nous venons de tracer de la série des convulsions externes, nous n'avons pas voulu, pour

plus de clarté et de concision, mêler leurs effets immédiats. Ces phénomènes importent trop au diagnostic de l'épilepsie et à l'étude des accès incomplets pour que nous ne les examinions pas successivement avec quelques détails. Ce sont : le cri, la chute, l'asphyxie, les morsures, l'émission salivaire.

Le cri se fait entendre dans la grande majorité des attaques complètes; un très-petit nombre de patients n'en poussent jamais; il manque parfois chez quelques épileptiques qui y sont habituellement sujets. Nous avons déjà eu l'occasion de le dire dans le cours de ce travail, le vrai cri comitial est un acte automatique résultant de la contraction des muscles expirateurs qui poussent l'air en travers de la glotte spasmodiquement resserrée; il est probable que l'absence du cri tient à ce que l'air contenu dans les poumons en a été en partie expulsé avant le spasme laryngé. Quoi qu'il en soit, ce cri varie de rhythme, de ton, de timbre. Au point de vue du rhythme, il est soutenu, tremblant, saccadé ou entrecoupé, c'est-à-dire multiple. Le ton en est le plus souvent grave et même rauque. Le timbre en est bien plus fréquemment bestial qu'humain. Les assistants comparent le cri à un mugissement, à un rugissement, à un hennissement, au cri d'un animal qu'on égorge ou d'une personne qu'on étrangle; il est, disent-ils, horrible, effrayant, déchirant, etc. Mais aussi on l'assimile parfois à un gémissement court ou prolongé, à un cri d'angoisse ou d'appel saccadé. S'il est d'une tonalité un peu élevée, il peut ressembler au rire; nous nous y sommes mépris nous-mêmes.

La chute n'offre pas moins de variétés que le cri, elle peut être lente. Les malades, comme dans le tournoiement

de tête, perdent la faculté de coordonner les mouvements ; dans des cas qui sont exceptionnels, les épileptiques, quoique sans connaissance, cherchent parfois instinctivement à se retenir aux meubles, ou aux parois à leur portée. Presque toujours la chute est au contraire brusque. Aussi la direction en est-elle variable ; l'épileptique tombe en avant, dans l'emprosthotonos, en arrière dans l'opisthotonos, de côté dans les cas de rotation, c'est-à-dire à prédominance ou antériorité des convulsions d'un côté. Certains phénomènes qui précèdent immédiatement la chute semblent au premier abord très-singuliers ; nous voulons parler de ces cas où le patient, avant de tomber, court ou saute en avant, où recule de quelques pas ou bien encore fait un ou plusieurs tours sur lui-même ; nous croyons ces actes purement instinctifs, car le sujet n'en a jamais la conscience et ces mouvements ne sont pas convulsifs, car ils sont coordonnés. On sait que, lorsqu'on descend d'un omnibus, la figure étant dirigée du côté de la voiture, si le véhicule est lancé avec une grande vitesse, on fait quelques pas en avant, pour éviter, au moment où l'on touche le sol, la chute dans le sens de l'impulsion acquise ; un individu qui reçoit en avant un choc très-vif recule pour ne pas tomber en arrière. De même, lorsqu'une vive contraction comitiale entraîne son corps en avant, le patient court pour maintenir l'équilibre ; il marche en arrière dans le cas inverse ; enfin la rotation du malade sur lui-même a un but identique dans les cas où la tête et le corps se tournent d'un côté. La lenteur ou la rapidité de la propagation de la contracture permettent ou non ces mouvements instinctifs ; la contraction se généralise quelquefois si bien, que quelques épileptiques se précipitent en

avant comme s'ils plongeaient dans une rivière. Dans le plus grand nombre des cas, les actes d'inutile préservation que nous venons d'indiquer n'ont pas le temps de se produire.

Les résultats des chutes sont des plaies contuses, quelquefois plus profondes, du cuir chevelu ou de la face, la fracture d'une ou plusieurs incisives, surtout des supérieures, la perforation d'une lèvre par une dent. Le plus souvent il s'agit de simples meurtrissures qu'il ne faut pas confondre avec des excoriations du menton, d'un coude, d'une main, qui résultent du frottement de ces parties sur le sol pendant les convulsions cloniques. Il faut ajouter à cette énumération des brûlures plus ou moins graves, quelquefois mortelles, résultant des chutes devant ou dans un foyer. Nous avons vu la face dorsale d'un pied littéralement rôtie par une exposition à distance à un feu ardent de houille.

Après la chute la contracture est générale, et c'est alors qu'on observe (assez rarement, il est vrai, à peine chez un épileptique sur 100), des luxations de l'épaule qui ne sont pas dues à une chute (car elles se manifestent aussi bien au lit que dans le cas de chute), mais à la violence de la contraction musculaire dans une situation du bras, qui favorise l'issue de la tête de l'humérus hors de sa cavité. Ces luxations qui se montrent, du moins d'après notre expérience, aussi souvent chez les femmes que chez les hommes, mais non chez les enfants et les vieillards, se reproduisent presque à chaque attaque pendant certaines périodes, puis deviennent rares et finissent par ne plus s'effectuer.

La contracture des muscles respiratoires et le spasme glottique, en suspendant la respiration qui ne se rétablit que

qu'en petite quantité, rester en grande partie dans la bouche et être avalée d'une manière bruyante par le patient à plusieurs reprises, dans les premiers moments de la période de retour. La salivation accumulée ne manque presque jamais ; cependant, aux premières questions, les parents sont disposés à la nier ou à l'atténuer, parce qu'elle passe dans le monde, et avec raison, comme l'un des signes les plus caractéristiques de l'épilepsie.

L'émission de la salive (nous l'avons déjà dit) marque la fin de la phase convulsive de l'attaque, qui dure de une à trois minutes. Il nous reste à étudier les deux dernières périodes, comateuse et de retour.

La période comateuse, qui succède immédiatement aux convulsions, ressemble tout à fait à la commotion cérébrale, quand l'attaque a été intense. Si l'on n'avait aucun renseignement sur ce qui vient de se passer, la confusion serait possible ; cependant l'état de la circulation ne permet pas l'erreur. La connaissance continue à être abolie d'une manière absolue. Les perceptions des sens sont nulles, la pupille est grandement dilatée et insensible à la lumière. Après quelques moments où la contracture subsiste encore dans les membres, entière ou partielle, la résolution musculaire est complète, il n'y a aucun mouvement, même instinctif, la respiration exceptée. Les joues se laissent souvent distendre dans l'expiration ; les lèvres laissent échapper une pluie de salive ; le stertor trahit le relâchement du voile du palais. La respiration est lente et profonde, accompagnée de ronchus ou de râle muqueux trachéal. Le pouls, contrairement à ce qui se passe dans la commotion cérébrale et dans l'asphyxie récente, est fréquent. Ses pulsations dépassent le

nombre de 100 par minute, elles peuvent aller au premier moment jusqu'à 140 ou 150 chez les adultes, plus haut chez les jeunes sujets. La peau est couverte de sueur ; la coloration rouge intense ou violente diminue plus ou moins rapidement; elle est remplacée par de la lividité et de la pâleur.

Cet état va en décroissant dès la fin des convulsions, où il était à son maximum. La respiration reprend peu à peu son rhythme et son timbre normal, le pouls devient de moins en moins fréquent et prend de la plénitude et même de la dureté, nous l'avons retrouvé encore à 120 un quart d'heure après la fin des convulsions.

Cette période est à peine caractérisée dans les attaques très-légères, elle ne dure que quelques minutes le plus souvent; mais elle peut se prolonger davantage sans aller jusqu'à une durée d'un quart d'heure, à moins d'attaques répétées coup sur coup ou d'états convulsifs prolongés. Quelque rapproché que soit un médecin appelé en hâte au moment d'une attaque, il n'arrive pas avant la période du coma ; et si, comme cela advient souvent, les proches se taisent sur la période convulsive ou, tout au moins, en atténuent notablement les symptômes, plus d'un praticien ne voit là qu'un coup de sang, ou une apoplexie transitoire (1). Ce faux diagnostic, qui peut

(1) Nous évitons soigneusement de nous servir de l'expression de *congestion cérébrale*, qui n'est propre qu'à jeter la confusion dans l'étude de ce sujet, parce que le mot est pris dans les sens les plus divers et qu'on trouve ainsi le moyen de confondre la congestion veineuse passive résultant de l'asphyxie avec les congestions actives sans autre symptôme morbide, avec de prétendues hypérémies cérébrales, accompagnées de perte absolue de connaissance, enfin avec les degrés les plus légers de l'apoplexie cérébrale, ne donnant

se répéter plusieurs fois, retarde, au grand détriment des malades, le moment où l'on se décide à combattre le mal par des moyens réellement appropriés. Que d'incurables a produits cette fatale erreur!

La période de retour s'étend depuis la fin du coma jusqu'au rétablissement complet des facultés intellectuelles. Les premiers mouvements purement automatiques expriment l'angoisse ou ressemblent à la carphologie des fièvres typhoïdes. Ensuite les yeux s'ouvrent; mais ils n'ont aucune expression. Puis arrivent quelques actions instinctives; le patient passe sa main sur sa bouche humectée de salive, quelquefois il tousse et expectore; les sens se sont réveillés. Si l'on excite le malade à parler, il répond par des sons inarticulés ou inintelligibles, par des mots incohérents; tout ou moins il divague. Assez souvent, mais presque seulement de jour, certains épileptiques sont en proie à un véritable délire le plus souvent taciturne et tout à fait semblable au somnambulisme naturel, mais quelquefois accompagné d'actes de violence, surtout si l'on veut forcer le patient à boire, à se coucher, etc. D'autres reprennent, sans avoir la conscience, irrégulièrement ou même sans les instruments nécessaires, l'occupation à laquelle ils se livraient au moment où ils ont été frappés, ou se livrent à des actes hors de propos; exemples : Une lingère coud son tablier à points

lieu qu'à une hémiplégie très-limitée et peu durable. Nous persistons à croire, ainsi que nous l'avons avancé il y a plus de douze ans dans notre ouvrage sur le pronostic et le traitement de l'épilepsie, que l'hypérémie cérébrale avec abolition momentanée de la connaissance, *sans paralysie quelconque*, est très-probablement une maladie purement imaginaire, une prétendue espèce morbide née d'une erreur de diagnostic.

inégaux, comme si elle continuait son ouvrage. Une dame se lève de la chaise où l'on a réussi à la maintenir pendant l'attaque et fait tous les mouvements d'une femme qui se vêtit et est à sa toilette.

Il est des patients qui, ayant été atteints de jour et seuls, dans leur chambre à coucher, sont fort surpris de se trouver au retour de la connaissance déshabillés dans leur lit. Une ancienne cantatrice de théâtre prend une attaque dans notre cabinet de consultation; nous pouvons la retenir sur le fauteuil; mais, les convulsions terminées et après un court coma, elle se lève et se met à se déshabiller ; nous devons appeler une femme de chambre pour nous aider à l'en empêcher. Nous nous bornons pour le moment à ces exemples, devant revenir, à l'occasion des vertiges, sur ces actes singuliers de somnambulisme.

Mais ce délire n'est pas toujours muet. Certains malades parlent une langue étrangère ou en patois à des personnes qu'ils savent ne pas l'entendre. Ils ne reconnaissent pas leurs proches, leur parlent comme à des étrangers et ne savent pas dans quels lieux ils sont.

Le plus souvent le sommeil succède à ces perturbations mentales et arrive avant le retour complet de la connaissance. D'autres fois le patient, avant de s'endormir, recouvre en apparence toutes ses facultés intellectuelles, répond nettement et prodigue même à ses proches des témoignages de tendresse, et cependant au réveil il ne conserve aucun souvenir de tout ce qui s'est passé.

A la suite des atteintes légères, la divagation peut manquer et être remplacée par de la stupeur qui, en se dissipant peu à peu, laisse reparaître l'intégrité des sens et de la connaissance.

Dans les attaques nocturnes il n'est pas rare, si l'on n'excite pas le malade, qu'au coma succède, sans intermédiaire, un sommeil plus ou moins calme; la période de retour se passe alors dans ce dernier état.

Nous avons parlé de diverses excrétions qui ont lieu pendant la période convulsive; si la vessie ne s'est point vidée dans l'attaque, l'un des premiers désirs qu'exprime le malade revenu à lui-même avant de s'endormir est celui d'uriner. Ici se place une observation qui a un intérêt pratique et que nous croyons neuve. Les urines rendues après une attaque sont colorées et deviennent sédimenteuses, tandis que souvent la veille elles étaient, au contraire, d'une teinte très-claire et restaient transparentes. Nous devons cette remarque au valet de chambre d'un officier supérieur auquel nous donnons des soins; les attaques étaient le plus souvent nocturnes, et le patient couchait seul; son domestique en entrant dans sa chambre le matin regardait le vase de nuit; s'il trouvait l'urine chargée, il en concluait qu'il avait eu une attaque dans la nuit; des taches sur l'oreiller, des traces de morsures, de la céphalalgie et de la courbature confirmaient toujours ce jugement. Bien des fois, nous avons questionné sur ce sujet des épileptiques ou des personnes de leur entourage; les réponses ont toujours été conformes à la remarque du serviteur de l'officier. L'envie d'aller à la selle, après l'attaque, s'observe plus rarement que le besoin d'uriner. Mais des vomissements alimentaires, muqueux ou bilieux, plus ou moins répétés, ont lieu assez souvent après ou avant le sommeil consécutif.

Quand le malade se réveille définitivement, il est presque toujours triste et démoralisé; les plus sensés sont à l'ordinaire très-malheureux.

Une céphalalgie qui se prolonge à l'ordinaire pendant un jour et une courbature qui dure davantage encore sont (à part le piqueté et les morsures) les dernières traces de l'attaque. Elle peut laisser toutefois à sa suite une légère hémiplégie, surtout d'une main, qui se prolonge pendant quelques heures; mais cela est rare.

Cette longue étude de la marche des attaques dans les débuts encéphaliques demande à être résumée.

La sensation de froid qui marque les débuts cutanés suit une marche analogue à celle des débuts périphériques; elle monte à l'extrémité encéphalique; alors survient le tournoiement de tête, suivi ou non d'hallucinations et de la perte de l'intelligence. Dans les autres débuts par le trouble ou la perte d'un sens, on voit chez les neuf dixièmes des malades les autres sens s'allier et l'intelligence se troubler, puis se perdre, ou bien la conscience être immédiatement abolie. Il est rare qu'un spasme viscéral succède à la première perturbation sensoriale, et ce n'est que dans un quarantième des cas que des convulsions périphériques précèdent la perte de connaissance.

Quand l'attaque commence par le tournoiement de tête ou l'étourdissement, la perte successive de la vue et l'abolition de la conscience arrivent après la titubation, lorsque celle-ci ne survient pas sur-le-champ après le prélude. Un dixième des cas seulement nous a offert des convulsions externes avant l'abolition de tout sentiment.

Chez les patients à débuts par des perturbations intellectuelles ou des sensations cérébrales, nous n'avons rencontré que dans un vingtième des faits un spasme viscéral, et dans un autre vingtième des convulsions des muscles volontaires,

avant la perte de la connaissance. Dans tous les autres cas l'abolition de la conscience a suivi immédiatement le prélude ou en a été séparée par le trouble et l'abolition successive des sens.

Lorsque l'attaque a débuté par la perte de la connaissance, nous avons observé dans un douzième des faits un délire qui ne se trahissait que par des actes extérieurs. Dans plus d'un quart des cas, le spasme du pharynx et de la glotte précédait les convulsions externes. Chez tous les autres épileptiques de cette catégorie, les convulsions externes succédaient immédiatement au prélude. Ces convulsions, qui commencent par les yeux, se prolongent à la face, au cou, aux membres supérieurs, au torse, aux membres inférieurs, sont toniques, puis cloniques ; elles s'accompagnent de spasmes viscéraux, qui se trahissent surtout par des urines, rarement par des selles involontaires. Elles donnent lieu au cri, à la chute, à l'asphyxie, aux morsures et à l'émission d'une salive spumeuse. Le patient sort de cet état pour tomber dans le coma, suivi de divagation, de stupeur, puis le plus souvent d'un sommeil réparateur. Du mal de tête et de la courbature terminent la scène. Outre les morsures, un piqueté ecchymotique remarquable, surtout autour des yeux, reste quelquefois comme témoignage de l'hypérémie veineuse.

DEUXIÈME SECTION

PRÉLUDES ET VERTIGES.

Nous avons vu, en étudiant les débuts périphériques et les débuts viscéraux, que tous les épileptiques du premier

genre, à un cinquantième près, et que ceux du second genre, 95 fois sur 100, offraient dans l'intervalle de leurs attaques des accidents plus légers semblables au commencement de leurs grandes crises. Dans les cas à débuts encéphaliques, la proportion des malades n'ayant jamais offert ni préludes ni vertiges a été plus forte que dans les deux autres genres; cependant elle n'a guère atteint que la dixième partie des cas; en effet, sur 183 épileptiques, nous n'en avons rencontré que 14 qui n'eussent certainement point d'accès de petit mal, et 5 chez qui l'absence de ces espèces d'accidents fût probable, mais non certaine. Sur l'ensemble de nos 300 faits, nous n'en avons donc trouvé que 7 sur 100, à peu près, où l'épilepsie bornât ses manifestations aux attaques complètes. C'est une fois de plus montrer toute l'importance qui s'attache aux accès incomplets au point de vue du diagnostic du mal caduc.

Ici, comme dans les deux chapitres précédents, nous établirons deux degrés dans les manifestations avortées : nous conserverons le nom générique de *préludes* à celles qui ne vont pas jusqu'à la perte entière de la connaissance, nous réserverons le nom de *vertiges* à ceux de ces accidents qui s'étendent davantage, sans que pour cela l'attaque se complète. Nous étudierons les préludes d'abord, les vertiges ensuite.

De nos 3 malades à débuts cutanés, 2 voyaient parfois leurs accidents comitiaux se borner à un prélude. Le froid arrive à la tête, s'accompagne de tournoiement des objets, de trouble général des sens et de l'intelligence; chez l'une d'elles l'accès s'arrêtait là; elle appelait ces préludes des *frissons*. Chez l'autre, outre des idées tristes, des rêves

effrayants, il y avait spasme du gosier et efforts bruyants de déglutition; mais la connaissance ne se perdait pas entièrement; la patiente aimait à s'asseoir ; cependant elle pouvait continuer à marcher.

Le petit épileptique, dont les attaques débutaient par une vive douleur dentaire, portait la main à sa mâchoire, et s'écriait avec effroi : *Maman, j'ai mon mal de dents ;* parfois l'accès s'arrêtait là.

De 3 patients à début par de fausses perceptions d'odeur, 2 n'avaient pas d'accidents moindres que les vertiges. Le troisième avait quelquefois de simples préludes ; la mauvaise odeur ne s'étendait pas au delà des fosses nasales (tandis que dans le vertige la sensation descendait dans la gorge); bientôt tout était fini ; il n'y avait pas trace de trouble intellectuel ; il appelait ces accidents légers ses *mauvaises odeurs.*

2 des 6 malades dont les attaques commençaient par des bourdonnements ou l'occlusion des oreilles n'avaient pas de préludes isolés ; l'un n'avait que des attaques, l'autre que des attaques et des vertiges. Chez 3 des quatre autres, au trouble de l'ouïe se joignaient bientôt du fourmillement, de l'engourdissement ou même une crampe dans un membre, puis chez l'un d'eux du trouble intellectuel, sans que les accidents allassent au delà; le quatrième n'éprouvait rien dans les membres; mais un spasme gastrique venait compliquer le prélude. La plupart de ces patients donnaient à ces accès avortés le nom de *bourdonnements.*

Sur les 14 épileptiques à débuts par des apparences lumineuses ou des perturbations de la vue, il en était 5 qui n'avaient jamais eu de simples préludes. Des 9 autres, 3 avaient des préludes bornés uniquement au symptôme

visuel ; 4 étaient en outre plus ou moins étourdis ; un autre ensuite chancelait et balbutiait ; enfin chez le dernier, aux phénomènes de la vision se joignaient l'oppression et l'impossibilité de parler, c'est-à-dire le spasme laryngé. Presque tous les malades dont nous venons de parler appelaient leurs préludes *éblouissements*.

Il est bien remarquable que, parmi les 14 patients dont les crises commençaient par l'obscurcissement ou la perte de la vue, il n'y en ait eu qu'un seul, chez qui les accidents comitiaux pouvaient être limités parfois à un simple prélude. C'était un enfant chez qui alors la vue se perdait pour quelques instants, comme il le disait lui-même en se plaignant en même temps que les yeux lui faisaient mal ; son regard était fixe ; il faisait les mêmes mouvements des paupières que les aveugles et il continuait quelquefois à jouer à tâtons. Quand le prélude se prolongeait, l'enfant prenait un air hébété, cherchait ses mots et parlait difficilement ; mais tout pouvait se borner à ces symptômes dont la durée était fort courte. Dans les 13 autres cas, le moindre degré de l'accès était un vertige ; aussi les malades de cette catégorie n'appelaient pas leurs crises incomplètes autrement que les épileptiques ne nomment en général leurs vertiges.

Les malades à débuts par le tournoiement des objets ont eu rarement aussi de simples préludes ; il ne s'en est rencontré qu'un seul sur 8. Après le tournoiement cette patiente était prise d'étourdissement, elle s'asseyait par précaution, quand elle l'éprouvait, et les symptômes parfois s'arrêtaient là.

Dans le cas à débuts par le tournoiement de tête ou l'étourdissement, les préludes se sont montrés chez la

moitié des malades; savoir, chez 14 sur 29; le prélude chez 4 d'entre eux se bornait au tournoiement de tête et à l'étourdissement; 2 avaient en outre de la titubation. A ces symptômes s'ajoutait chez 3 autres la perte de la vue, sans autres accidents ultérieurs; 3 des malades de cette catégorie éprouvaient, de plus, un trouble plus ou moins caractérisé de l'intelligence, allant le plus souvent jusqu'à un rêve pénible ou à une saisissante hallucination; mais la connaissance n'était pas pour cela tout à fait perdue. Dans les 2 derniers cas, après l'étourdissement, se montraient des convulsions dans les membres droits, la conscience restant intacte et les symptômes n'allant pas au delà.

Les cas où se montraient des accès bornés à de simples préludes ont été plus fréquents encore parmi les débuts par des perturbations de l'intelligence ou des hallucinations que dans la catégorie précédente, puisque nous en avons observé 8 sur 11. Nous avons décrit les perversions intellectuelles et les hallucinations diverses qu'éprouvaient ces malades au commencement de leurs attaques. La crise pouvait se borner à ces sortes de courtes vésanies. Il s'y joignait le trouble de la vue et la fixité forcée du regard, l'une restant nette ou étant troublée seulement par des bourdonnements. D'autres fois nous avons observé, en outre, un spasme glottique ou intestinal. Dans un dernier cas, la convulsion des muscles sous-maxillaires s'ajoutait à la perturbation mentale et visuelle, et terminait la scène.

Sur les 11 malades dont les accès commençaient par la céphalalgie, la congestion ou la chaleur à la tête, 3 seulement ont offert de simples préludes; encore chez 2 d'entre eux, les accidents se rapprochaient-ils du vertige, s'ils n'ap-

partenaient pas à ce degré : en effet, après le symptôme initial, dans ces 2 faits, il y avait un trouble intellectuel qui ne permettait pas aux patients de comprendre ce qu'on leur disait; ils bégayaient ou ne pouvaient parler, la salive s'accumulait dans la bouche, et l'on entendait des bruits de déglutition. 2 des 3 malades appelaient leurs préludes *congestion.*

Nous avons limité, dans ce genre d'épilepsie, la dénomination de préludes aux accès incomplets qui ne vont pas jusqu'à la perte de la connaissance, rangeant au nombre des vertiges les accidents qui s'étendent jusque-là. Il en résulte que tous les épileptiques chez qui l'attaque commence par l'abolition de la conscience ne peuvent pas avoir de simples préludes. Nous arrêterons donc ici l'histoire du degré le plus léger d'accident dans l'épilepsie à début encéphalique, pour nous occuper maintenant de la description des vertiges.

De même que les préludes chez tous nos malades étaient identiques au début de leurs attaques, ainsi les *vertiges* n'ont été que l'image fidèle des premières périodes de ces accès.

Pour éviter des inutiles répétitions, nous ne reviendrons pas sur les symptômes initiaux des divers degrés de ces accès incomplets, symptômes que nous avons déjà fait connaître; nous décrirons les vertiges à dater seulement de la perte de connaissance, et cela avec d'autant plus de raison que l'espèce de trouble mental par lequel le vertige a commencé n'a aucune influence sur la marche ultérieure des phénomènes.

Disons, une fois pour toutes, ce que sont les vertiges pour

les patients eux-mêmes, une fois la conscience abolie : « Je perds subitement connaissance, comme par un coup de foudre (nous écrivait l'un d'eux), mais, ainsi que je le reconnais plus tard, je fais pendant ce temps un trajet, quelquefois très-prolongé et très-compliqué. Le sentiment de l'existence chez moi est complétement aboli, je ne puis mieux me comparer qu'à un acrobate marchant sans avoir la moindre conscience de ce qu'il fait. La bête humaine chemine, mais dépourvue d'intelligence. C'est une interruption de la vie intellectuelle, la vie animale continuant. Le sentiment revient ensuite, d'abord obscur, mais bientôt net. » Un autre épileptique s'exprimait ainsi. « Pour moi c'est un profond sommeil, sans rêve, sans aucune pensée et dont je ne m'aperçois que quand il est passé. » « C'est une lacune dans l'existence de l'être pensant, » nous disait un autre.

Pour les témoins du vertige, les phénomènes sont en général plus complexes. Nous décrivons d'abord les degrés les plus légers et les moins compliqués.

Que le vertige ait débuté par des troubles des sens ou de l'intelligence ou bien par la perte immédiate de la conscience; il peut s'arrêter à cette dernière manifestation et ne pas aller au delà. C'en est le type le plus simple; c'est le vertige non convulsif. Nous en avons observé plus d'un cas en témoin oculaire attentif. Dans les premiers moments de la perte de connaissance, les sens paraissent abolis : le patient est insensible aux bruits, aux plus fortes odeurs, aux piqûres, aux pincements, aux brûlures. La pupille fortement dilatée reste insensible à la lumière, les yeux sont le plus souvent fermés ; s'ils sont ouverts, ils sont sans regard ;

l'expression est celle de la stupeur. Cette abolition des sens appartient aux degrés moyens ou forts; elle persiste probablement dans les degrés les plus légers, malgré l'abolition de la conscience : bon nombre de malades en effet restent debout, ou continuent à marcher; d'autres, s'ils ont été avertis, comme dans les débuts par les organes des sens, ont pris la précaution de s'asseoir. Quelques patients chancellent, ou marchent, ou fléchissent un genou; il en est qui ne peuvent se soutenir qu'appuyés sur deux bras; d'autres tout en cheminant, se heurtent contre un obstacle, mais cela est rare. La face est presque toujours pâle. Après une minute environ, le malade peut retrouver en quelques secondes toute son intelligence, mais, à l'ordinaire, il passe rapidement par les phases successives du retour des sens, de la divagation, etc. Nous avons déjà décrit ces phénomènes à l'occasion des attaques; nous y reviendrons avec plus de détails quand nous aurons fait connaître les diverses variétés du vertige.

Dans les degrés plus élevés que celui que nous venons de décrire, les convulsions externes sont très-diversement limitées.

Il est très-fréquent que les yeux soient fixes et grandement ouverts ; les globes alors sont ordinairement dirigés d'un côté où les paupières puissent palpiter, et les yeux eux-mêmes osciller.

Les convulsions toniques peuvent atteindre d'autres muscles de la face : une malade éprouvait toujours dans ses vertiges un frémissement très-prononcé des lèvres. Le plus souvent, les traits du visage sont entraînés d'un côté, les convulsions cloniques s'ajoutent parfois à la contracture des traits faciaux.

A un degré plus fort, la tête tourne d'un côté, se renverse ou s'infléchit habituellement sans secousses ; mais celles-ci peuvent aussi survenir ; chez un patient la tête oscillait à droite et à gauche.

Les membres thoraciques peuvent être pris de contracture, sans que le tronc ou les membres inférieurs y participent. Ils peuvent être agités par quelques saccades ; mais il ne faut pas ranger parmi les convulsions des membres supérieurs certains mouvements automatiques que font quelques malades, pendant leurs vertiges : une jeune fille semblait manger quelque chose de son index étendu et dirigé en bas. Une jeune personne paraissait imiter un joueur de guitare ; elle n'avait jamais tenu cet instrument, etc.

Les membres supérieurs et inférieurs d'un seul côté peuvent être envahis par les convulsions le plus souvent simplement toniques, mais quelquefois aussi cloniques.

Aux convulsions toniques de la face, du cou et des membres supérieurs on voit, dans un certain nombre de cas, se joindre celles du tronc qui le plus souvent s'infléchit en avant, mais oscille parfois en avant et en arrière. Ces convulsions des muscles thoraciques et abdominaux entraînent d'autres effets que nous devons indiquer ici et qui sont caractéristiques de ce degré de vertige : c'est le cri, la chute, les symptômes d'asphyxie, phénomènes que nous avons décrits en étudiant la marche des symptômes de l'attaque et qui se trouvent dans les plus forts vertiges.

Le cri initial est rare dans les accès incomplets ; nous n'avons rencontré que 7 cas dans les débuts encéphaliques où ce symptôme fût plus ou moins habituel : cela tient d'une part à la rareté des vertiges avec convulsions très-étendues

et aussi à ce que presque toujours dans les accès incomplets les symptômes sont moins précipités et moins intenses que dans les attaques. Le cri dans les vertiges est moins fort, moins prolongé, moins déchirant qu'il ne l'est dans les crises complètes du même patient. Les parents le qualifient de *gémissements plaintifs*, de *petits cris répétés imitant les sanglots*, de *cris de douleur ou de frayeur*, de *cris gutturaux*, de *cris rauques*. Nous avons parlé de cas où le cri initial imitait le rire à s'y méprendre, nous l'avons entendu nous-même dans un vertige chez un jeune garçon dont le cri initial avait habituellement ce caractère. La plupart des parents des malades donnent aux vertiges avec cri le nom de *cris* ou de *rires*.

La chute dans les vertiges est plus fréquente que le cri, nous avons trouvé dans le cas à débuts du troisième genre 28 épileptiques qui y étaient sujets ; ce qui donne la proportion de plus de 15 pour 100. La chute présente dans ces cas toutes les variétés que nous avons indiquées dans la description des attaques complètes ; mais ici où elles terminent l'accès, elles peuvent être étudiées avec beaucoup plus de facilité. La direction est le plus souvent en avant, quelquefois en arrière ou bien sur les côtés ; parfois le malade est renversé en pirouettant. En général chaque patient tombe toujours dans le même sens ; cependant cette règle souffre des exceptions. La chute peut être aussi violente et aussi brusque que dans les attaques et produire des convulsions, des plaies, des fractures de dents, ainsi que nous en avons vu des exemples. Toutefois, à l'ordinaire, les choses ne se passent pas ainsi. Bon nombre de malades, avertis par l'expérience, s'asseyent ou même se couchent, dès qu'ils

sentent le prélude du vertige; mais ils peuvent tomber quoique assis, si on ne les retient pas. Il en est qui se bornent à prendre un point d'appui qui les préserve, ou non, de la chute. Certains épileptiques ne tombent que sur les genoux et même sur un seul; d'autres, sur les genoux et les mains, quelquefois enfin sur les fesses, sans que la chute se complète. Mais c'est dans le vertige surtout qu'on peut bien observer ces actes instinctifs de préservation dont nous avons parlé en étudiant dans les attaques complètes, le phénomène qui nous occupe en ce moment. Dans tels cas, où la chute a lieu habituellement en avant, tel enfant sautille, s'il ne tombe pas. Une adulte courait en avant et pouvait ne pas chuter; elle ne conservait aucun souvenir. Nous avons suivi de près un jeune homme qui, lorsqu'il était saisi par un vertige étant debout ou marchant, se livrait à une sorte de gymnastique des plus étranges : il faisait trois ou quatre gambades ou enjambées d'une hauteur et d'une longueur extraordinaires. Nous l'avons vu se livrer à cet acte singulier sur le boulevard des Italiens en plein jour, dans un salon au milieu d'une grande soirée; on le prenait pour un fou, quelquefois il s'élançait ainsi jusqu'à une fenêtre dont il saisissait la poignée et s'y cramponnait. Dans ses attaques où l'invasion était plus brusque, s'il était debout, il se précipitait en avant, et il en était résulté souvent, quoiqu'on ne le perdît jamais de vue, de fortes contusions. Dans ses vertiges, grâce à ses sauts, il ne tombait jamais. Un autre épileptique qui, dans ses attaques, tombait ordinairement en arrière, reculait dans ses vertiges et ne chutait pas. Dans les vertiges terminés par la chute, le patient presque toujours se relève immédiatement; il est très-rare que l'état de stupeur oblige les assis-

tants à remettre le malade sur pied. Bon nombre de parents appellent simplement *chutes* les vertiges où les malades tombent.

La respiration dans les vertiges ne reste pas, vu leur peu de durée, assez longtemps suspendue pour qu'il se manifeste des signes bien tranchés d'asphyxie; toutefois les assistants signalent, dans quelques cas, la rougeur et même la coloration violacée de la face, tandis qu'à l'ordinaire c'est la pâleur qui accompagne le vertige. Un épileptique, qui cependant ne tombait pas, rougissait fortement alors, il faisait quelques petits pas avec l'attitude, les mouvements et l'expression de souffrance de quelqu'un qu'on étouffe ou qu'on étrangle; après quinze à vingt secondes de suffocation, il était pris subitement d'une grande pâleur. Jamais nous n'avons vu les vertiges, même les plus intenses, laisser à leur suite le piqueté ecchymotique et les sugillations, traces assez fréquentes de l'asphyxie dans les attaques complètes.

Après avoir examiné les phénomènes du cri, de la chute, de l'asphyxie, nous allons compléter l'étude des degrés les plus élevés de ce genre d'accès incomplets.

La convulsion tonique peut se généraliser sans que l'attaque se complète par la période clonique. Nous avons rencontré 11 malades, parmi nos épileptiques à débuts encéphaliques, qui offraient de temps en temps ce type maximum des vertiges toniques, auxquels on pourrait donner le nom *d'attaques toniques*, car, à l'exception des mouvements saccadés, l'accès est complet; seulement l'émission de la salive peut ne pas avoir lieu, et elle est plus souvent, quand elle s'échappe au dehors, liquide que mousseuse. Nous n'avons observé de morsures dans ces cas que chez un seul patient;

une simple pression sans glissements ni choc doit les produire bien difficilement.

Au vertige avec contracture généralisée peuvent se joindre quelques légers mouvements convulsifs partiels; nous avons vu ce fait chez 2 épileptiques; les convulsions cloniques étaient chez eux bornées à la face. Du reste il n'est point nécessaire que la contracture soit très-étendue dans les vertiges, pour qu'il se montre quelques mouvements saccadés dans les yeux, dans la bouche, dans un bras ou dans tous les deux, ou même dans les jambes, le patient étant assis. Ainsi que nous l'avons déjà dit, ces manifestations peuvent s'observer dans les vertiges où la contracture est très-limitée. Mais quand la contraction tonique est générale, l'attaque se complète toujours pour peu que les secousses envahissent d'autres parties que le visage. Le vertige avec contracture généralisée et quelques secousses partielles est donc le dernier degré de l'échelle des accès incomplets.

En parcourant la série des vertiges depuis la simple perte de la connaissance jusqu'à ce point maximum, nous n'avons tenu compte que d'un seul ordre de manifestations : les convulsions externes avec leurs principaux effets immédiats; il est un autre ordre de phénomènes qui, quoique plus obscurs, ne doivent pas être passés sous silence; ce sont les convulsions internes ou spasmes viscéraux.

De tous les symptômes convulsifs qui peuvent se joindre à la perte de connaissance, le plus fréquent (sauf peut-être la fixité des yeux) est le spasme pharyngé. Nous l'avons observé dans les trois quarts au moins des vertiges avec ou sans convulsions externes partielles. En étudiant les débuts des attaques, nous avons décrit les symptômes qui se lient

à ce spasme, sous les noms de mâchonnements, de mastication, de gustation, de déglutition, nous ne répéterons pas cette description, mais nous devons insister sur le fait que ces signes sont précieux pour le vertige comitial qu'ils distinguent du vertige ordinaire, d'une syncope légère, d'un faible accès hystérique, etc. Ces phénomènes sont, chez quelques épileptiques, tellement caractérisés et constants, que les patients, au lieu de donner aux accès incomplets dans lesquels ils se montrent, les noms, en quelque sorte génériques, d'absences, d'étourdissements, de fausses attaques, etc., les appellent *mouvements de bouche*, *mâchonnements*, *mâchillements*, *rincements de bouche*.

Si la rétention de la salive dans la bouche est très-fréquente dans les vertiges, son émission à la fin de l'accès est très-rare. L'explication de ce fait se trouve sans doute dans la brièveté de l'accident qui ne permet pas qu'elle s'y accumule en grande quantité, et dans le prompt retour de l'instinct qui en facilite la déglutition. Quand ce liquide s'échappe des lèvres à la fin du vertige, et cela n'arrive que dans les degrés les plus élevés, il est filant et non mousseux.

Il est plus rare encore que les urines s'échappent involontairement dans les vertiges ; chez nos 183 épileptiques du troisième genre, nous n'en avons rencontré que 3 chez qui ce symptôme se montrait quelquefois. C'était toujours dans des vertiges des degrés les plus élevés, sans chute, il est vrai, mais avec contraction générale du tronc et flexion des jambes. Ces 5 malades étaient des jeunes personnes de quinze à vingt ans. Nous n'avons pas rencontré ce phénomène dans le sexe masculin ; il n'est pas nécessaire d'indiquer la cause de cette différence.

L'une de ces jeunes filles, sujette à la diarrhée, avait aussi parfois, pendant ses vertiges les plus forts, des selles involontaires ; on ne nous a signalé ce symptôme que dans un seul autre cas.

Le contraste entre la fréquence très-grande du spasme pharyngé et la rareté du spasme des organes intrapelviens tient évidemment à ce que, dans l'accès incomplet du troisième genre, les spasmes et les convulsions externes marchent plus ou moins parallèlement de haut en bas. Il faut donc que l'attaque se complète à peu près pour que la vessie et le rectum se contractent convulsivement.

Nous avons terminé la description des attaques complètes par l'étude séparée des périodes de coma et de retour, c'est-à-dire par l'examen des symptômes qui se succèdent depuis la fin des convulsions jusqu'à l'entier rétablissement des facultés sensitives et pensantes ; nous avons à reprendre le même sujet pour les accès incomplets du troisième genre.

Disons d'abord qu'après les vertiges très-légers il est des patients qui reprennent, sur-le-champ, leur occupation momentanément suspendue : jeu, travail, ou repas ; quelques-uns même achèvent la phrase qui a été interrompue. Tel malade qui avait la tête fléchie se redresse brusquement comme quelqu'un qui vient de s'endormir malgré lui sur un fauteuil, et retrouve au moment même toute son intelligence. Chez d'autres la phase que nous allons décrire existe, mais elle est à peine sensible.

La période comateuse ne se rencontre pas à la suite du vertige proprement dit, ou tout au plus se borne-t-elle à un léger état soporeux qui se confond insensiblement avec la période de retour. Alors que toute apparence convulsive ou

spasmodique vient de cesser, on peut observer en effet un état pendant lequel le malade, assis par exemple, est immobile, les yeux fermés, et ne répond pas aux questions. Bientôt cependant, si ce n'est tout de suite, quand on approche un flacon d'ammoniaque, il recule; si on lui soulève une paupière, il résiste; un bruit un peu vif l'impressionne, ses sens sont donc revenus; les pupilles toutefois sont encore très-dilatées. S'il y a eu de la coloration asphyxique pendant le vertige, elle diminue peu à peu; la pâleur est remplacée par de la rougeur ou par les couleurs naturelles. Le pouls, d'abord fréquent, se rapproche de l'état normal. Après le retour des sens et le rétablissement des mouvements volontaires, les facultés intellectuelles commencent à revenir. C'est ici que la période de retour offre certains phénomènes plus apparents qu'à la suite des attaques et dont l'étude est pleine d'intérêt. Nous voulons parler d'une phase de divagation qui prend quelquefois toutes les allures du somnambulisme.

Il y a d'abord un délire taciturne, rarement violent dans ce dernier cas, l'épileptique roule des yeux menaçants; il cherche à s'échapper et à frapper ceux qui veulent le retenir; c'est un court accès de manie; il se borne parfois à de petits actes de méchanceté, ainsi le patient vous saisit la main et la serre jusqu'à arracher une exclamation de douleur.

Mais le plus souvent le délire est calme. Une jeune fille dans ce moment, quoique pudique et bien élevée, résistait quand on voulait l'empêcher de relever ses jupes. Un jeune garçon, dans notre cabinet, met la main dans la poche de son pantalon et la vide sur notre table. Un tailleur, en jouant aux cartes, est interrompu par un vertige; bientôt il se met

à les mêler, puis les porte à son oreille, comme pour les écouter; les cloches sonnaient à une église voisine. Une épileptique d'une trentaine d'années et appartenant à la haute société se mettait quelquefois à genoux sur un trottoir après un vertige, et faisait des signes de croix. Cette même personne, dans la même circonstance, saisit un jour son valet de chambre par le corps, évidemment sans intention malveillante, et cherche à le renverser en luttant avec lui. Dans son état normal, elle n'était nullement familière avec ce domestique. Certains épileptiques pris de vertige, la plume à la main, barbouillent leur papier, y tracent des arabesques ou écrivent des mots sans liaison entre eux; une dame occupée à enregistrer des dépenses entremêle ses articles des mentions les plus baroques.

Mais ce court délire n'est pas toujours taciturne. Devant nous un patient s'inclinant devant son frère, lui dit, *passez, madame.* Un autre, par un temps détestable, disait en notre présence aussi et d'un air de satisfaction : *Ah! quel beau temps!* Un monsieur, seul avec sa femme dans son salon, se lève après un vertige, présente un siége à son visiteur imaginaire et lui demande de ses nouvelles. Ce même épileptique rit quelquefois alors, ou chante contre toutes ses habitudes; si on le questionne dans cet état, il ne répond pas, marmotte ou répond de travers.

C'est quand cette phase de divagation, muette ou parlée, se prolonge, qu'elle ressemble tout à fait au *somnambulisme.* Nous commencerons par des exemples de délire taciturne; ils nous dispenseront de toute description générale. Un jeune homme à plusieurs reprises est sorti dans la rue après ses vertiges, sans cravate ni chapeau. Une dame allume en

plein jour une lampe de salon. Une demoiselle qui n'avait, il est vrai, que des vertiges, mais quelquefois intenses et même, quoique très-rarement,) avec urines involontaires, allait dans le monde malgré notre défense. Quand elle était prise d'un vertige, elle continuait à marcher, *mais comme une somnambule*, me disait sa mère; et il lui est arrivé de se heurter contre un obstacle. Un jour au bal, au milieu d'une danse, elle quitte son cavalier, et traverse deux pièces sans s'en apercevoir; en reprenant sa connaissance, elle est d'abord surprise à l'aspect de la chambre, puis elle se rappelle qu'elle a été interrompue par un vertige dans une contredanse; elle rentre dans le salon et a la présence d'esprit de dire à son danseur qu'elle a dû le quitter pour réparer un accident de son costume. Un docteur en droit, fils d'un médecin, homme d'une vive intelligence, nous a raconté plusieurs fois des promenades analogues à celle-ci. Pris d'un vertige en marchant dans la rue, il perd subitement le sentiment de son existence et ne le retrouve que dans une rue éloignée de plusieurs centaines de mètres de celle où il a été atteint; il ne conserve pas le moindre souvenir du trajet; la conscience était alors complétement abolie, et cependant il avait dû jouir de ses sens, tout au moins de la vue, puisqu'il lui est arrivé, par exemple, au printemps et vers 2 à 3 heures, de traverser le boulevard des Italiens alors encombré de voitures, et de marcher en évitant les obstacles sur des trottoirs remplis de monde. Chose singulière, une fois la connaissance perdue, il se dirigeait presque toujours en sens contraire du but de sa course. Nous pourrions multiplier les exemples de ces promenades dans Paris, à travers les lieux les plus fréquentés, par des patients chez qui toute notion du moi

était complétement effacée pendant plusieurs minutes et à qui il n'arrivait aucun accident. Un jeune épileptique qui montait quelquefois à cheval à la campagne, mais côte à côte avec un valet de chambre qui ne le quittait jamais, fut pris un jour d'un vertige en chevauchant ainsi et garda les étriers pendant près d'un quart d'heure avec la connaissance complétement abolie. Le docteur en droit dont nous parlions plus haut, voyageant en chemin de fer, est pris d'un vertige en wagon; il descend sans s'en apercevoir le moins du monde à une station prochaine et retrouve le sentiment de son existence en se promenant sur le quai après le départ du train; ainsi qu'il l'apprit bientôt, les employés l'avaient vainement engagé à remonter en voiture. Une jeune fille, qui ne mettait jamais la table pour le déjeuner qu'à 11 heures, la met à 8 heures après un vertige; revenue à elle et voyant la table pour le déjeuner mise, elle ne peut croire que ce soit de son fait.

Ces phénomènes peuvent paraître étranges; nous avons à en signaler de plus singuliers encore. Parlons d'abord des cas où, tout en faisant ou disant parfois des choses hors de propos, les patients non-seulement agissent, mais comprennent, parlent comme si l'intelligence était chez eux complète, et cependant n'en conservent pas plus de souvenir que les malades que nous venons de citer ne se rappellent les actes tacites auxquels ils se sont livrés.

L'un des patients à début par une mauvaise odeur subissait, à la suite de quelques-uns de ses vertiges, ces lacunes bizarres, elles se prolongeaient, dix, quinze minutes et même davantage. Il venait un jour à Paris pour nous consulter et était assis à côté d'un notaire qu'il connaissait. Il fut pris

tout à coup d'un vertige avec perte absolue de la connaissance; bientôt il fouilla dans ses poches et dit à son voisin qu'il devait s'arrêter à Sens, et qu'il venait de s'apercevoir qu'il n'avait pas d'argent (il avait sur lui plusieurs centaines de francs). Le notaire lui offrit de lui en prêter; il n'accepta que cinq francs, puis descendit à Sens. Quand il retrouva l'écu dans sa poche, il ne put comprendre d'où il lui venait, il s'était bien aperçu qu'il avait eu une absence, mais cela n'expliquait pas la provenance de la pièce d'argent. Ce ne fut que plus tard qu'il apprit par le notaire ses faits et gestes, son prétendu dénûment et son emprunt.

Un avocat est pris dans la rue d'un des vertiges intenses auxquels il est fort sujet, à la suite il se met à haranguer les passants, leur parle des malheurs de sa famille, etc.; un sergent de ville l'emmène dans un poste où il reprend toute sa connaissance; il est fort surpris de se trouver en pareil lieu et apprend de la bouche du sergent les circonstances qui l'y ont fait conduire.

Le docteur en droit, fils d'un médecin, dont nous avons déjà cité des actes de somnambulisme, mais tacites, en avait d'autres dans lesquels il parlait. Notre confrère, témoin oculaire et auriculaire de ces états, nous les a décrits à plusieurs reprises; ils durent de 5 à 30 minutes. Un jour assis sur un fauteuil, vis-à-vis de son père, celui-ci lui adresse diverses questions auxquelles il répond d'une manière juste; la conversation continue, le malade rentre dans la pièce où ils étaient au moment du vertige, se remet dans son fauteuil et bientôt reprend toute sa connaissance; mais il n'a pas conservé le moindre souvenir de la promenade et de la conversation et, sans le témoignage de son père, il ne croirait

pas avoir quitté son fauteuil. Dans une circonstance semblable, notre épileptique conduit son père dans sa chambre, lui montre comme à un étranger un portefeuille de dessins, en cause avec intelligence et avec goût, et ne sort de cet état de somnambulisme qu'au bout d'une demi-heure.

Un grand propriétaire qui remplissait des fonctions importantes dans son département était aussi sujet à ces absences prolongées. Un jour en se promenant dans sa campagne, il est pris d'un vertige. Tout en marchant, il rencontre l'un de ses domestiques qu'il venait de charger d'une commission et lui demande où il va; le domestique, surpris et même effrayé de cette question et de l'altération qu'il observe sur la figure de son maître, le fuit. Le patient qui est au milieu de ses terres qu'il connaît dans les moindres détails ne reconnaît plus le pays; *à qui est ce champ? Qu'est-ce que cela?* Il va ainsi visiter une ferme; il en questionne les habitants, mais en se répétant sans cesse; il monte sur une chaise pour mettre une pendule à l'heure. Il va voir les moissonneurs, il marche sans vaciller, il parle beaucoup, sans gestes ni vivacité. Puis peu à peu, mais au bout de deux heures seulement, son intelligence est revenue entière et il a sa pleine connaissance. Alors il demande ce qui lui est arrivé, on le lui dit : *Je rêve donc, je ne sais plus ce que je dis, mais je n'ai rien senti, je ne me rappelle rien;* son chagrin est aussi profond que sa surprise, en apprenant ce qu'il a dit et fait pendant deux heures, complétement à son insu.

Dans ces derniers cas dont nous pourrions citer d'autres exemples, quelque chose trahissait toujours le rêve ou le délire; mais il est des épileptiques chez qui le somnambulisme de la période de retour n'est marqué par aucun acte et au-

cune expression qui puissent faire supposer qu'ils ne jouissent pas alors de toutes les facultés de leur intelligence, de toute leur connaissance, et qui cependant ne conservent pas le moindre souvenir de tout ce qui s'est passé pendant cette période. Nous avons parlé de ces malades qui, surpris par le vertige la plume à la main, barbouillaient leur papier, y traçaient des arabesques ou écrivaient des phrases incohérentes ou baroques ; il en est qui, dans cette circonstance, achèvent plus ou moins longuement, sans s'en apercevoir, une lettre commencée et, revenus à eux, sont aussi étonnés de voir leur lettre achevée et de n'y rencontrer aucune incorrection d'écriture, de pensée ou de style. Le père du docteur en droit que nous avons cité si souvent dans ces dernières pages nous a affirmé que, plus d'une fois, dans ces états d'absence prolongée, rien n'indiquait que son fils ne fût pas entièrement *compos mentis*. Le malade lui-même que ces phases de somnambulisme affligeaient encore plus que sa maladie, sur la nature de laquelle il ne se faisait point d'illusion, nous a rapporté le fait suivant quelques jours après qu'il se fut passé: il reçut un matin la visite d'un de ses intimes amis qui venait lui demander de lui servir de témoin dans un duel. L'ami commençait à raconter les faits qui devaient amener cette rencontre, quand notre client fut atteint d'un vertige; l'interlocuteur continua sa narration, puis la conversation s'engagea sur ce sujet et dura une demi-heure. Les deux amis descendirent dans la rue, le malade devant aller joindre le second témoin, quand tout à coup il s'avisa : *Mais pour que je m'occupe utilement de cette affaire, il est indispensable que tu racontes les circonstances qui t'obligent à te battre, circonstances dont tu ne m'as pas encore*

dit un mot. On juge de la surprise de l'ami après sa narration détaillée et la conversation longue et animée qui l'avait suivie. Heureusement il connaissait la maladie de notre docteur, il recommença son histoire.

La fréquence des vertiges, comme manifestation comitiale, leurs nombreuses variétés, l'intérêt qu'offre leur étude pour la physiologie du système nerveux, et même pour la psychologie, nous ont entraîné dans des détails que nous ne regrettons pas, mais qui ont pu faire perdre de vue l'ensemble des phénomènes qui constituent ces accès incomplets. Nous allons donc retracer à grands traits le tableau de l'échelle graduée de ces accidents ou, en d'autres termes, *résumer* ce que nous en avons dit.

Résumé. — Les vertiges, après avoir commencé par une perturbation d'un sens ou par son abolition, par un trouble intellectuel ou des sensations physiques à la tête, aboutissent rapidement à l'abolition de toute conscience, quand ils n'ont pas débuté par là. La connaissance perdue, l'accès peut ne pas s'étendre plus loin ; le patient qui ne donne aucun signe d'intelligence, reste debout, dans les degrés les plus légers, ou continue à marcher, la pupille est dilatée, la face est pâle. Dans les degrés moyens ou forts, il est très-momentanément privé de ses sens. Le vertige se complique le plus souvent de spasme pharyngé et de bruits ou de mouvements buccaux ; de légères convulsions de la face, le plus souvent exclusivement toniques, peuvent s'y ajouter. Puis chaque degré peut être marqué par l'étendue plus ou moins grande de la contracture avec ou sans secousses partielles. Quand le tronc est envahi, aux symptômes habituels du vertige s'ajoutent le cri, la chute et les signes d'une asphyxie

moins caractérisée que dans les attaques. Enfin le vertige peut ne différer d'une attaque complète que par la non-généralisation des convulsions cloniques, la contracture étant étendue à tous les muscles. L'émission de la salive est peu fréquente, elle n'est presque jamais mousseuse. Les urines involontaires sont encore plus rares, et n'appartiennent qu'aux degrés les plus élevés. Les morsures sont un des symptômes les plus exceptionnels. On ne rencontre à la suite ni piqueté ecchymotique, ni sugillation. La durée du vertige proprement dit est, à l'ordinaire, d'une minute au plus : elle peut aller à deux minutes. Les patients, dans les nuances légères, reprennent immédiatement leurs occupations : à un degré plus élevé, le retour de l'intelligence est précédé d'une courte stupeur. Toujours en remontant l'échelle d'intensité, on rencontre dans la période de retour un état soporeux léger, le rétablissement des sens, puis une courte divagation, parfois avec violence et méchanceté. A la suite des vertiges les plus complets, surtout s'ils sont fréquents et la maladie ancienne, la période de retour peut se prolonger un quart d'heure, une heure et même deux heures; elle revêt alors la forme du somnambulisme : sans en avoir la conscience, les patients remplissent si lencieusement les actes de la vie ordinaire, mais non sans quelque aberration ; ils peuvent, à leur insu, non-seulement agir, mais parler, leur langage n'étant pas trop déraisonnable et ne trahissant que par intervalles un léger désordre mental : ils peuvent se conduire de manière à ce qu'une personne non prévenue ne soupçonnerait pas que, quelques instants après, le patient ne saurait nulle chose de tout ce qui s'est passé.

TROISIÈME SECTION

COMMOTIONS ÉPILEPTIQUES

En consacrant ici une section spéciale aux commotions épileptiques, nous nous écartons du plan général de notre œuvre, plan en conformité duquel, dans chacun des trois genres, nous avons étudié les débuts des attaques avec toutes leurs variétés, puis la succession ultérieure de leurs symptômes jusqu'à la généralisation de l'accès, enfin les manifestations incomplètes, crampes, spasmes ou préludes, accès, ou vertiges considérés dans leur marche. Autant dans les débuts que nous avons examinés jusqu'ici, la succession des phénomènes se prêtait bien à cette étude graduée, autant il eût été difficile de renfermer dans le même ordre les commotions, en raison de la simultanéité de leurs principaux symptômes ; aussi éclairé par les notions que nous a fournies l'étude des autres variétés de débuts encéphaliques, nous pourrons exposer l'histoire des commotions en suivant un ordre tout différent, et cette exception y gagnera de la clarté et de la concision.

Nous examinerons les commotions à trois points de vue, en tant que préludes isolés, c'est-à-dire comme le degré le plus léger des accès qui offrent cette espèce de débuts, comme débuts de vertiges, et, en dernier lieu, comme première période d'attaque.

Vingt-sept cas nous ont servi à tracer l'histoire de la variété d'accès incomplets que nous appelons *commotions.*

Le type de cette variété de préludes est une secousse qui ébranle tout le corps, comme le ferait une commotion électrique; ce terme de comparaison est reproduit par tous les malades qui savent, par expérience, ce que c'est qu'une décharge électrique. Deux patients rapprochaient le phénomène d'un subit et violent frisson; une mère le comparait au soubresaut que produit une piqûre inopinée. Les effets immédiats de cette commotion dont la durée, disent quelques épileptiques, est celle d'un éclair, sont assez variés. Le plus souvent les mains s'ouvrent et laissent échapper ce qu'elles tiennent; certains malades lancent involontairement l'objet, il en est au contraire qui le serrent, et en répandent ou projettent le contenu. L'impression est tellement irrésistible, qu'une mère laissait quelquefois son jeune enfant tomber de ses bras. Tel patient frappe avec violence sur la table; un autre se choque contre un meuble, un troisième en descendant un escalier frappe du pied la marche à en éprouver de la douleur. L'effet le plus fréquent sur l'attitude est d'incliner le tronc en avant, de soulever le bras et de fléchir les jambes; cependant le tronc peut s'infléchir en arrière.

La secousse que nous venons de décrire comme générale peut être partielle, se borner aux deux bras, à un seul, à une main, à un doigt, à la tête seule, à la partie supérieure du corps, sans que les jambes y participent.

Le plus souvent il n'y a pas de chute, mais certains malades tombent presque toujours. Nous avons donné des soins à un enfant qui tombait ainsi si souvent, qu'on était obligé de le tenir par l'avant-bras pendant tout le temps qu'il ne

passait pas étendu sur son lit ou sur le parquet. Une petite fille, par la répétition de ces mêmes chutes, eut des thrombus très-douloureux des fesses; nous avons vu des épileptiques de cette même catégorie qui portaient au front de très-nombreuses cicatrices. Un petit garçon de quatre ans, fort sujet à des commotions et à des degrés divers d'accès, sans compter les attaques, fléchissait en avant, étendait les bras, et dans le second degré de ses secousses reculait sans tomber; dans le troisième degré, la commotion entraînait les mêmes mouvements, mais le faisait tomber en arrière; quand le prélude se reproduisait par séries (ce qui était chez lui très-fréquent), il suffisait, pour prévenir la chute, de l'appuyer debout le dos contre une porte; il la frappait du derrière à chaque commotion, c'est-à-dire cinq à dix fois par minute. La chute est tout aussi irrésistible que les mouvements d'abandon ou de projection des objets tenus : un jeune homme tomba d'une échelle par le fait d'une commotion et se blessa assez grièvement. Certains patients même sont renversés d'un siége. Un petit garçon, qui était quelquefois averti de l'imminence de la chute (nous n'avons pu savoir de lui par quelle sensation), disait alors vivement : *Je vais tomber;* il se relevait immédiatement, un instant après. *Je vais encore tomber ; je ne le fais pas exprès;* et c'était vrai ; la chute a lieu le plus souvent en avant, surtout sur le front, quelquefois en arrière, rarement sur le côté. Elle est très-brusque et produit assez fréquemment des contusions, des plaies et même des fractures de dents. Quelques épileptiques cependant tombent seulement sur les genoux ou sur le derrière. Quand le témoignage des yeux ne montrerait pas que la chute a lieu, dans les com-

motions, par une contraction musculaire aussi vive que subite, il est une autre source d'observations qui le prouverait : chez trois enfants, très-sujets de jour aux commotions avec chute en avant, ce phénomène se produisait quelquefois au lit ou sur le parquet ; l'effet de la secousse était alors d'entraîner brusquement le corps dans l'attitude assise ; les parents qui donnaient aux commotions diurnes le nom de *chutes*, les appelaient la nuit *tiraillements* ou *contractions*.

Mais la contraction musculaire subite, généralisée ou partielle, avec ses suites immédiates, n'est pas le seul phénomène qui constitue la commotion. Il est difficile, sans doute, de faire rendre aux malades un compte précis des diverses sensations qu'ils éprouvent pendant cet accident qui n'a que la durée d'un éclair; nous avons toutefois rencontré des épileptiques intelligents et observateurs dont l'attention excitée d'avance nous a permis de constater d'intéressants phénomènes.

Déjà des parents nous avaient quelquefois signalé le fait que les yeux, au moment de la secousse, se renversaient en haut, et nous-même nous avons constaté ce phénomène ; sept patients nous ont affirmé que, pendant la commotion, même bornée à la partie supérieure du corps, ils avaient la vue perdue ou tout au moins troublée : *Je suis aveugle pendant une seconde*, nous disait l'un ; *je suis aveuglé comme par un éclair*, nous disait un autre.

Six autres malades mentionnaient un trouble de l'intelligence qu'ils qualifiaient pour la plupart d'étourdissement, et que les autres appelaient vertige ou trouble de l'esprit. Neuf patients perdaient évidemment connaissance, pendant

la commotion, malgré sa brièveté; on en pouvait juger par les données suivantes : Quelques-uns dont les secousses étaient accompagnées d'un cri et de chute, ne se rappelaient ni l'un ni l'autre; et cependant l'un d'eux savait qu'il avait eu une secousse. Plusieurs signalaient nettement une absence, une lacune dans le sentiment de l'existence; d'autres, après la secousse, ne répondaient pas de suite ou ne savaient où ils en étaient. La perte de la connaissance se rencontre même chez des malades qui ne tombent pas.

Quatre épileptiques, au contraire, conservaient tous leurs sens pendant la commotion, qu'elle fût suivie ou non de chute; l'un d'eux n'interrompt pas sa phrase; un enfant pris, en ma présence, de commotion en riant, ne cesse pas un seul instant de rire. Un malade me disait que la secousse n'était pas douloureuse.

Enfin il est des patients qui, suivant la force de la secousse, perdent, ou ne perdent pas connaissance.

Chez 5 malades la commotion était presque toujours accompagnée du cri épileptique, mais moins prolongé qu'aux attaques. Ce phénomène était compliqué ou non de chute. Une seule patiente s'apercevait du cri, mais elle était en même temps étourdie; dans les premiers temps de sa maladie, elle s'écria : *Maman, je crie; qu'est-ce que c'est? ce n'est rien, c'est passé.*

Comme accompagnement de la secousse convulsive dans la commotion, nous n'avons pas seulement à signaler le trouble et la perte des sens et de l'intelligence; sans parler du cri comitial qui sépare la convulsion des muscles pectoraux et le spasme laryngé, nous avons observé 4 patients qui, immédiatement après la commotion, avaient une dys-

pnée plus ou moins intense; chez 2 seulement de ces malades, la secousse s'accompagnait du cri. 2 épileptiques, dans la même circonstance, se plaignaient un moment, l'un d'une constriction douloureuse de l'estomac, l'autre de nausées. Une petite fille signalait une vive douleur précordiale, accompagnée de palpitations. La commotion, dans son cours d'un instant, offre donc, ou peut offrir les trois ordres essentiels de symptômes d'une attaque d'épilepsie; les convulsions externes, les spasmes viscéraux, les perturbations sensoriales et intellectuelles.

Si l'accès ne va pas au delà des phénomènes simultanés que nous venons successivement de décrire, c'est-à-dire s'il se borne à un prélude, le retour est aussi prompt que la commotion a été subite. Les patients qui sont tombés se relèvent aussitôt et reprennent immédiatement leur occupation, aussi bien que ceux qui ont eu la commotion sans chute; cependant les premiers, surtout les enfants, en sont désagréablement impressionnés; quelques-uns en ont du dépit, d'autres témoignent une vive impatience, plusieurs pleurent, un petit garçon se livrait à des accès de colère. Le petit épileptique qu'on tenait sans cesse par le bras quand il était debout, redoutait beaucoup ces commotions; le moindre incident les provoquait chez lui; un bruit subit, un contact imprévu, la plus légère frayeur due à la cause la plus insignifiante : *Ne me faites pas peur*, disait-il souvent, *ça me fera baisser la tête;* après la secousse, il s'écriait parfois avec indignation : *Vous m'avez fait peur !*

En même temps que le simple prélude, il n'est pas rare que la commotion se répète par séries; il peut n'y en avoir

que deux ou trois ainsi rapprochées, leur nombre peut être très-considérable, de 40 par exemple en 5 minutes.

Nous avons toujours eu soin de faire connaître, pour les autres variétés de préludes, les noms que les malades et surtout leurs parents donnaient à ces accidents de petit mal; ici les dénominations étaient aussi tirées de la circonstance principale de ces fugitifs accès. Le plus grand nombre les appelaient secousses, quelques-uns *commotions*, *tiraillements*, *rebonds* (un paysan), *tremblements*, *éclairs ;* en cas de séries, *agitations*, *mouvements;* quand il n'y avait ni chute ni cri, quand il y avait chute et cri ou chute sans cri, la dénomination habituelle était *chute*. On appelait la commotion *cri* si le patient ne tombait pas. Chez l'enfant qui reculait on l'appelait *recul*.

Avant de quitter ce sujet, revenons un instant sur la singularité de cette espèce de préludes. Nous avons déjà fait remarquer que dans toutes les variétés de débuts que nous avons étudiées jusqu'à présent, les phénomènes sensoriaux, intellectuels, spasmodiques, convulsifs, la chute, etc., se succédaient et s'étendaient, en suivant certaine marche bien déterminée, quoique variant avec la nature du début. Ici dans le degré le plus fort, tout est simultané : chute, cri, convulsion générale, cécité, perte de connaissance, spasme même; et le tout n'a que la durée d'un éclair. Cette rapidité justifie le titre de simple prélude que nous donnons à la commotion, quoiqu'on y retrouve en réalité presque tous les phénomènes essentiels d'une attaque complète. Nous ferons remarquer en outre que la commotion peut être tellement restreinte qu'elle n'atteigne qu'un doigt, et cet insignifiant symptôme est cependant une manifestation épileptique,

c'est-à-dire un accès incomplet et une attaque, que nous avons observés chez le sujet qui nous a fourni le principal exemple de ces secousses localisées.

On comprend maintenant comment la simultanéité des phénomènes ne nous permettait pas de disperser l'histoire de la commotion dans les articles successifs consacrés à l'étude de la symptomatologie des autres accès à débuts encéphaliques.

Nous avons maintenant à envisager les commotions en tant que commencements de vertiges. Les vertiges qui débutent ainsi offrent comme tous les autres des degrés divers. Nous en signalons particulièrement quatre.

Une petite fille après des commotions les plus légères sans cri ni chute, mais avec secousses générales, courait pendant quelques instants, sans savoir où elle en était. Trois autres enfants, après la secousse, restaient pendant un instant dans un état de défaillance et d'insouciance de leur état. Deux petits garçons ne se relevaient pas immédiatement; on devait les remettre sur leurs pieds; ils ne répondaient pas et semblaient privés des sentiments, ils ne reprenaient leur jeu ou leur occupation que quelques moments après.

On a vu que dans les commotions sans chute, l'effet de la secousse sur l'attitude était à l'ordinaire de relever les bras horizontalement et de fléchir le tronc. Chez deux patients le bras et le haut du corps restaient contracturés dans cette situation; les traits de la face étaient convulsivés. La perception était évidemment abolie. Il en était de même chez un troisième, mais le tronc se renversait en arrière; le retour à l'état normal était assez prompt, comme dans les nuances légères du vertige.

Dans deux cas l'attitude des bras était seule modifiée dans la secousse générale, mais, immédiatement après, la tête et le buste s'infléchissaient assez lentement, et la moitié supérieure du corps, fortement contractée, était bientôt en proie à de légères secousses, il n'y avait pas de chute; toute perception cependant paraissait abolie.

Trois épileptiques nous ont offert parfois des vertiges toniques débutant par une ou plusieurs commotions rapprochées et qui ne différaient d'une attaque complète que par l'absence de convulsions cloniques, la qualité non spumeuse de la salive rendue, des signes d'asphyxie plus caractérisés.

Nous avons à nous entendre sur les attaques à débuts par commotion que nous avons rencontrées chez 25 épileptiques. Tantôt la première commotion entraîne la chute, tantôt celle-ci est précédée de plusieurs secousses, le patient peut ne pas tomber à l'instant de la commotion, mais très-vite après dans la période de rigidité. Le cri est plus fort et plus prolongé que dans la simple commotion. A part ces nuances de la première période, l'attaque est identique à celles qui offrent tout autre début encéphalique.

QUATRIÈME SECTION

DES RAPPORTS ENTRE LES ATTAQUES ET LES VERTIGES, PRÉLUDES OU COMMOTIONS.

Nous n'insisterons pas sur l'identité des accès incomplets et des premiers temps de l'attaque chez le même épileptique en ce qui concerne nos cas à débuts encéphaliques. Toutefois nous ne négligerons pas de mentionner certaines excep-

tions à cette règle, quoiqu'elles soient plus apparentes que réelles. Il s'agit surtout de quelques patients qui, sujets aux commotions soit comme préludes, soit comme début des vertiges, avaient des attaques et parfois des vertiges qui commençaient par des bourdonnements d'oreilles, le tournoiement de tête, un étourdissement ; une perturbation intellectuelle ou la perte de la connaissance ne prouve pas qu'il n'y a pas eu de commotion, celle-ci ayant pu, tout en renversant le malade, le priver de sa connaissance. Une remarque analogue s'applique aux autres phénomènes que nous venons d'énumérer, car la secousse en est presque toujours accompagnée. Ajoutons encore que les légères variétés qu'on peut observer exceptionnellement dans le début des attaques chez le même épileptique, se rencontrent également dans ses vertiges ; la règle d'identité en est donc confirmée plutôt qu'infirmée.

Si nous voulons rechercher maintenant par quel degré d'accidents comitiaux la maladie a commencé chez nos 183 épileptiques du troisième genre, nous devons éliminer d'abord 39 cas, où nous n'avons pu obtenir rien de précis sur ce qui concerne l'origine des vertiges, préludes ou commotions ; restent 144 patients.

De ce nombre :

67 ont vu leur maladie commencer par des attaques ;
77 par des vertiges, préludes ou commotions.

L'origine de l'épilepsie par accès incomplets est donc plus fréquente dans le cas à débuts encéphaliques que l'origine par attaques. Dans le premier genre nous avons observé une différence dans le même sens, quoique un peu moindre. Dans le second genre les deux catégories offraient le même

nombre. La similitude du fait dans les trois séries permet de considérer, comme une loi, la proposition suivante : « *Dans la moitié au moins des cas, les premières manifestations de l'épilepsie sont des accès incomplets.* » Nous ne reviendrons pas sur l'importance que donne à ce fait une connaissance approfondie de ces atteintes légères.

Nous ajouterons ici comme dans les deux chapitres précédents qu'en cas de guérison, les accidents comitiaux les plus légers sont les derniers qui cèdent.

L'intervalle qui s'est écoulé entre la première apparition des préludes, commotions ou vertiges et la première attaque a beaucoup varié :

Il y a eu début simultané ou séparé par quelques jours seulement dans	3 cas.
L'intervalle a été de moins d'un an dans	8
— — d'un an à cinq ans dans	23
— — de cinq à dix ans dans	6
— — de dix à quinze ans dans	3
— — de quinze ans dans	1

Il s'écoule donc, le plus souvent, *d'un à cinq ans* entre les premiers accès incomplets et la première attaque. Le second genre nous avait offert un résultat analogue. Dans le premier genre les attaques avaient été en général plus promptes à se manifester.

Chez 4 épileptiques les accès incomplets se sont graduellement convertis en attaques. Cette transformation s'est opérée dans les limites d'un à six ans.

7 malades, n'ayant jamais eu d'attaques, avaient des atteintes de petit mal.

5, depuis un à cinq ans ;
2, depuis cinq à dix ans.

On nous permettra de placer ici une remarque pratique; c'est que, si l'on devait attendre, *pour diagnostiquer l'épilepsie, qu'elle se manifestât par des attaques complètes, le mal aurait dans le plus grand nombre des cas le temps de pousser des racines profondes avant d'être reconnu.*

Sur 178 malades du troisième genre :

165 avaient des attaques;

et de ce dernier nombre;

18 n'avaient subi que des attaques;
12 n'avaient que des attaques et des préludes ou commotions, sans vertiges;
98 éprouvaient des attaques et des vertiges, sans préludes ni commotions simples;
37 offraient des attaques, vertiges et préludes ou commotions.

Comparant ces résultats à ceux fournis par ceux des deux premiers genres, nous trouvons :

1° Que les épileptiques n'ayant que des attaques constituent la dixième partie des cas du troisième genre, soit 10 pour 100; tandis que la proportion n'en était que de 4 pour 100 dans le second genre et de 2 pour 100 dans le premier;

2° Que les malades n'ayant que des attaques et des préludes ou commotions, sont plus rares encore ici que dans le second et surtout dans le premier genre, dans la proportion de 7, 21, 47 pour 100;

3° Que les cas à attaques et vertiges ou accès sont proportionnellement plus fréquents dans le troisième genre que dans le second, dans le second que dans le premier, et cela dans les rapports de 55, 37 pour 100;

4° Que la catégorie qui offre les trois degrés, un peu plus nombreuse dans les débuts encéphaliques que dans les débuts viscéraux, l'est beaucoup moins que dans les débuts périphériques, dans les proportions de 28, 25, 50 pour 100.

En d'autres termes, marchant du premier au troisième genre, on trouve, sur le sujet qui nous occupe, que les cas à attaques seules vont en augmentant de nombre, que les cas à attaques et vertiges suivent une progression semblable, que ceux à attaques et préludes ou commotions, et ceux offrant les trois degrés (sauf pour les débuts viscéraux) vont au contraire en diminuant. D'où cette conclusion générale : « La tendance des attaques à avorter, surtout vers leur début, est à son maximum dans le premier genre, à son minimum dans le troisième. »

Au point de vue des applications pratiques, nous devons appuyer sur le fait qu'il n'y a que 5 épileptiques sur 100 qui ne présentent pas d'accès incomplets; cela montre quel rôle, dans le diagnostic du mal comitial, doit incomber à ce genre de manifestations dont l'étude méthodique a été si négligée jusqu'ici.

13 de nos épileptiques du troisième genre sur 178 n'avaient pas d'attaques, ce qui donne la proportion de 7 pour 100. Des 13 patients, 9 n'avaient que des vertiges, 4 avaient des vertiges et des préludes ou commotions. Aucun n'avait que les accidents du degré le plus léger; mais, ainsi que nous l'avons fait remarquer pour les deux premiers genres, les médecins spéciaux ne sont pas consultés pour ces insignifiants malaises dont la nature est méconnue.

De même que dans les deux premiers genres, les accès incomplets sont ici en général, chez le même malade, bien plus fréquents que les attaques, ainsi que le prouve le tableau suivant.

Accès incomplets		plus fréquents que les attaques..	103 cas.
—	—	à peu près aussi fréquents......	20
—	—	plus rares....................	22

Le rapport entre la première et la seconde catégorie est un peu moindre que celui de 10 à 2, et il était de 10 à 4, pour le second genre, de 10 à 3, pour le premier.

Si nous recherchons maintenant quelle est la tendance des attaques d'une part, et des accès incomplets de l'autre, à revenir plutôt le jour que la nuit ou réciproquement, nous trouverons les données suivantes :

Cas à attaques		toujours diurnes............	29	103	165
—	—	le plus souvent diurnes......	74		
—	—	revenant à peu près également de jour et de nuit.........	8	8	
—	—	le plus souvent nocturnes....	43	54	
—	—	toujours nocturnes ou dans le sommeil de jour...........	11		

Il résulte de ces chiffres que la tendance des attaques à revenir de jour est presque deux fois plus grande que celle à arriver de nuit. Or, comme nous avons admis un rapport à peu près semblable (15 : 9), pour la répartition des heures entre le jour et la nuit, il en résulte que les heures de nuit et celles de jour sont, en moyenne, sans influence sur le retour des attaques, quand on embrasse une longue série de cas.

Si nous récapitulons les données fournies à ce point

de vue par les trois genres nous obtenons le tableau suivant.

	1er GENRE.	2e GENRE.	3e GENRE.	TOTAUX.
Attaques survenant toujours, ou le plus souvent, de jour......	22	21	103	146
Attaques à peu près également de jour et de nuit...........	2	0	8	10
Attaques toujours, ou plus souvent, de nuit................	23	15	54	29

La conclusion pour l'ensemble est presque identique à celle fournie par le troisième genre : le rapport de la disposition diurne à la disposition nocturne est très-approximativement celui de 15 à 9 ; c'est-à-dire que, proportion gardée, il y a autant d'attaques dans les heures de nuit que dans celles de jour.

Mais ce qui est vrai de l'ensemble ne l'est point du tout des cas particuliers, où la tendance nocturne ou diurne est le plus souvent bien tranchée ; seulement, comme la prédominance a lieu pour les uns dans un sens, pour les autres dans le sens opposé, ces tendances diverses se neutralisent.

Nous devons toutefois faire remarquer que dans le premier genre, la prédisposition nocturne est proportionnellement presque double de la prédisposition diurne. Nous sommes disposés à attribuer cette anomalie à cette circonstance que les crampes des muscles volontaires, quelle que soit leur nature, sont bien plus fréquentes dans l'attitude horizontale que dans la station ou dans la position assise.

La tendance diurne ou nocturne des accès incomplets est

bien différente de celles des attaques, ainsi que cela ressort du tableau suivant.

Cas à accès incomplets	toujours diurnes............	40	103
— — —	le plus souvent diurnes.....	63	
— — —	à peu près également diurnes et nocturnes.............	4	
— — —	le plus souvent nocturnes...	7	
— — —	toujours nocturnes.........	0	

Même en faisant la part de ce fait, que les accès incomplets à débuts encéphaliques doivent, en certaine proportion, n'être pas constatés la nuit, il n'en résulte pas moins des données ci-dessus que les accidents de petit mal ont une tendance bien plus grande à revenir de jour que de nuit, puisque le rapport est ici celui de 22 à 4, au lieu de 15 à 9, que nous avons admis pour la distribution des heures de jour et de nuit.

On peut, d'après le tableau suivant, comparer la même circonstance dans les trois genres de débuts.

	1er GENRE.	2e GENRE.	3e GENRE.	TOTAUX.
Accès incomplets toujours ou le plus souvent diurnes..........	26	35	103	164
Accès à peu près également diurnes et nocturnes.............	2	0	4	6
Accès toujours, ou plus souvent, nocturnes.................	19	5	7	31

L'ensemble des cas donne le rapport de 20 à 4, au lieu de 15 à 9, entre la tendance diurne et la tendance nocturne; les accès incomplets ont donc une tendance bien marquée

à se montrer de jour plutôt que de nuit. Dans le troisième genre où le rapport est de 22, 4 à 1, 6; et même dans le second où il est de 21 à 3, la tendance est bien plus caractérisée que dans le premier genre où le rapport de 14 à 10 indique au contraire une légère prédominance nocturne. Sans parler de la disposition nocturne aux crampes en général, que nous avons déjà invoquée, la différence doit tenir aussi à ce que la contraction douloureuse des débuts périphériques réveille les malades et ne permet pas de méconnaître les préludes et accès nocturnes, tandis qu'un spasme viscéral, et, à plus forte raison, une perturbation des sens et de l'intelligence, doivent souvent ne pas interrompre le sommeil, et peuvent ainsi passer inaperçus.

En résumé, dans l'ensemble des faits, comme dans les deux premiers genres, les attaques ont une tendance à peu près égale à revenir aux heures de lit et aux heures d'activité, tandis que les accès incomplets se montrent proportionnellement plus souvent le jour que la nuit. Dans les cas à débuts périphériques la tendance nocturne l'emporte pour les attaques et pour les accès incomplets, mais beaucoup plus pour les premiers que pour les seconds.

L'étude des causes accidentelles des attaques, vertiges, préludes ou commotions dans les cas à débuts encéphaliques nous a montré, d'une manière plus évidente encore que dans les débuts viscéraux, la rareté d'un lien rationnel entre la nature de la cause et l'espèce des préludes, aussi avons-nous bientôt renoncé à mettre en présence de chaque variété des débuts ses causes accidentelles. Ce rapprochement entraînait des longueurs fort inutiles par défaut de concordance des phénomènes. Nous nous bornerons donc à

énumérer ces causes, que nous avons soumises à un contrôle soigneux pour nous assurer qu'il ne s'agissait pas de fortuites coïncidences. On verra que leur action variée, quoiqu'il ne s'agisse ici que des cas à débuts encéphaliques, porte sur les muscles et sur les viscères tout aussi bien que sur les organes des sens et les centres nerveux.

Les causes morales sont, de toutes, les plus fréquentes : ce sont, pour les enfants, des contrariétés, des punitions, même méritées, même légères ; pour tous les âges, des chagrins, la joie, une vive surprise, la frayeur, une scène pénible, la vue d'une plaie sanglante, le récit d'une opération, etc.

La fatigue intellectuelle nous a été souvent signalée ; quelques jeunes gens n'avaient jamais leurs attaques ou vertiges que dans la salle d'étude. Un jeune homme qui ne recevait d'enseignement que celui de son précepteur n'éprouvait d'accidents comitiaux que dans les leçons de langues, qui le fatiguaient beaucoup. Pour d'autres la cause consistait dans des excès de lecture, un travail de rédaction trop prolongé, une conversation animée et longtemps soutenue, une vive discussion.

Quant aux sens, c'était une chute douloureuse, un coup, le contact d'un objet brûlant, l'insolation, l'exposition à un feu trop vif, la chaleur de l'appartement. C'était aussi : un bruit imprévu, certains sons musicaux, la vue d'une roue en mouvement. Il est singulier que cette dernière circonstance, qui ne nous a jamais été indiquée qu'une fois, ait été mentionnée par Arétée parmi le très-petit nombre des causes accidentelles d'attaques qu'il énumère.

La fatigue musculaire a été accusée presque aussi fréquem-

ment que les influences morales. On nous a souvent signalé une marche forcée par sa longueur ou sa rapidité, l'escrime, une leçon de gymnastique trop prolongée surtout avec des exercices qui, comme ceux du trapèze ou des parallèles, se font assez souvent la tête en bas.

En ce qui concerne le sommeil, les attaques ou vertiges sont assez souvent provoqués par un réveil brusque ou forcé au milieu de la nuit; par un lever exceptionnellement matinal, par les veillées prolongées; messe de minuit, concerts, soirées tardives dans le monde, au théâtre, surtout si le spectacle est très-bruyant ou très-émouvant.

Il faut aussi ranger parmi les causes dont l'action est complète les longues promenades, ou les voyages en voiture, surtout en chemin de fer et principalement de nuit. Pour peu que les malades aient des attaques ou des vertiges un peu fréquents, il est bien rare qu'un voyage (nous ne disons pas une courte excursion) en chemin de fer n'en provoque pas.

L'abus ou l'usage exceptionnel du café noir ou des boissons alcooliques occasionne très-fréquemment des accidents comitiaux. Un ouvrier avait plus de la moitié de ses attaques chez les marchands de vins; il n'y passait pourtant pas, tant s'en fallait, la moitié de sa vie. Les gens sobres doivent avant tout éviter les vins mousseux, et même tout simplement les vins blancs.

Bon nombre d'épileptiques ont à table un nombre d'attaques ou de vertiges proportionnellement supérieur à celui du reste de la journée. Chez d'autres au contraire l'abstinence peu prolongée entraîne ces accidents.

Nous avons constaté les inconvénients de l'abus ou de

l'usage exceptionnel du tabac à fumer ou le séjour, pour une personne qui n'en a pas l'habitude, dans un lieu où plusieurs fumeurs sont réunis.

Quelques patients ont une forte proportion de leurs crises épileptiques au cabinet d'aisances. Il faut encore citer chez quelques-uns, comme causes accidentelles incontestables, l'onanisme, le coït surtout avec abus, les pollutions nocturnes rapprochées, l'époque menstruelle, le besoin d'uriner non satisfait.

Nous avons vu plus d'une fois un purgatif amener une attaque anticipée; les accidents comitiaux peuvent être aussi provoqués (non pas au moment même) par une application de sangsues, par une plaie. Les bains de mer et les bains de rivière ont incontestablement une influence fâcheuse que partagent, quoique à un moindre degré, les bains de baignoire tempérés.

Dans cette multitude de causes, toutes observées dans des cas à débuts encéphaliques, il en est bien peu que nous n'ayons pas rencontrés aussi dans les deux autres genres de débuts. Nous n'avons pas craint de passer en revue cette longue série, quoique leur étude ait montré qu'elles avaient peu d'intérêt pour l'histoire spéciale des accès incomplets. Mais l'indication de ces causes fournira, pour tracer l'hygiène des épileptiques, des règles bien plus sûres que les données systématiques sur lesquelles on les fonde le plus souvent.

Nous aurons terminé tout ce qui concerne les rapports entre les attaques et les vertiges, préludes ou commotions, quand nous aurons mentionné les moyens abortifs qu'on nous a signalés comme semblant avoir eu quelque-

fois une action utile chez les malades de notre troisième genre.

Le moyen le plus généralement employé est la respiration d'une vapeur irritante ou à la fois irritante pour la muqueuse nasale et sédative pour le système nerveux : ammoniaque, acide acétique, éther ; viennent ensuite la projection d'eau à la figure ou des aspersions froides sur la face et même sur le haut de la tête.

Il faut ajouter la succussion par les épaules, le pincement de la peau par un assistant ou par le malade lui-même, un coup douloureux sur l'avant-bras.

Deux patients se mettaient à courir. Plusieurs, au moment du tournoiement de tête ou de la perturbation cérébrale, luttaient par un effort d'énergique volonté.

Enfin chez un patient, au moment de la rotation de la tête sur elle-même, on réussissait parfois en imprimant à cette partie un mouvement en sens inverse.

Nous devons répéter ici, pour la troisième fois, que la preuve qu'une attaque a avorté sous l'influence de telle ou telle action est difficile à établir ; le même résultat se produisant souvent d'une manière spontanée.

CINQUIÈME SECTION

OBSERVATIONS D'ÉPILESIES A DÉBUTS ENCÉPHALIQUES.

Quinzième observation.

Jeune personne de 21 ans, d'une intelligence très-développée, aucune cause héréditaire connue ; à quatre ans et demi, état convulsif prolongé pendant plusieurs heures,

qui fut combattu par des saignées *générales* et des sangsues, et entraîna un séjour au lit de plusieurs jours. Une semaine environ après, première apparition des vertiges qui revinrent pendant quelque temps une ou deux fois par semaine. Dès lors, leur fréquence diminua graduellement jusqu'à l'âge de douze ans et demi, époque de la première menstruation; de neuf à douze ans ils avaient été très-rares; ils continuèrent à l'être jusqu'aux approches de la première attaque où ils se montrèrent à des intervalles assez courts. Depuis cette époque, ils se sont encore rapprochés et surviennent maintenant vingt-cinq à trente fois en moyenne par mois; les préludes simples sont plus rares.

La première attaque est arrivée à l'âge de dix-huit ans; la seconde se montra à quelques mois de distance, la troisième deux ans après la seconde. Dès lors elles sont revenues à peu près tous les mois.

Les attaques arrivent le plus souvent au lit et dans le sommeil, mais la malade est réveillée par le prélude. Les vertiges et les préludes, au contraire, surviennent surtout de jour ou dans la nuit, la patiente étant éveillée.

L'attaque commence toujours par une sensation subite de froid qui monte, en s'accompagnant de frissons, jusqu'à la tête. Alors la jeune fille éprouve une hallucination, ou plutôt elle est en proie à une sorte de rêve dont le sujet est variable et qu'elle se rappelle ensuite. De jour la malade a eu quelquefois le temps de prendre des précautions, de gagner, par exemple, une chambre voisine; bientôt perte de connaissance, yeux ouverts et fixes; rotation de la tête à gauche, cri rauque, quelquefois réitéré: chute (de jour), rigidité de tout le corps; convulsions cloniques générales.

La respiration, suspendue d'abord, est ensuite difficile et bruyante; lividité de la figure, écume, morsures de la langue, jamais d'urines involontaires. Coma non stertoreux, retour complet de la connaissance après un quart d'heure, puis sommeil (de jour) d'une durée qui varie d'une demiheure à deux heures. Peu de céphalalgie et de courbature à la suite.

La malade est sujette à trois sortes d'accès incomplets, préludes, vertiges légers, vertiges intenses.

Dans le degré le plus léger, qu'elle appelle *malaise* ou *frisson avorté*, au moment où le frisson atteint la tête, elle éprouve un léger trouble intellectuel, et les objets lui semblent tourner autour d'elle, elle se dit : *Voilà un frisson qui arrive!* mais à l'instant même tout se dissipe : la malade éprouve seulement un très-fort battement de cœur pendant quelques instants. Il n'y a pas perte de connaissance pendant le prélude, la malade se rend très-bien compte de tout ce qu'elle éprouve.

Les accidents du second degré, qu'elle appelle *frissons*, diffèrent de ceux du premier en ce qu'au léger trouble intellectuel succède une hallucination ou un état de rêve pendant lequel la patiente reste étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle et ne voit pas ; sa figure est immobile, sauf des mouvements de mastication. Elle ne répond pas, mais continue à marcher. Les mains sont froides et humides; après une minute au plus, ces symptômes se dissipent, mais il y a parfois pendant quelques instants de la divagation.

Dans le troisième degré (frissons intenses), aux symptômes du second degré s'ajoutent la déviation des yeux, convulsi-

vement dirigés à gauche, celle des traits de la face entraînés du même côté, de la tête tournant dans le même sens, la lividité de la figure, la respiration difficile.

Les quatre degrés d'accidents comitiaux sont identiques dans leur début et leur marche, ils n'ont jamais différé que par l'avortement de l'attaque.

Une soirée au théâtre a plus d'une fois provoqué une attaque dans la nuit suivante, surtout si le spectacle a été émouvant.

Seizième Observation.

Jeune fille de 19 ans; très-bien douée avant sa maladie quant aux facultés de l'esprit, mais bien déchue dès lors, surtout au point de vue de la mémoire. Aïeule maternelle atteinte d'épilepsie de 70 ans à 81 ans, c'est-à-dire jusqu'à sa mort. La jeune malade a eu à diverses reprises, entre l'âge de 2 ans et demi et celui de 9 ans, des accès de convulsion éclamptiques.

Les premiers vertiges comitiaux ont paru à 7 ans, ils revinrent d'abord, une fois par semaine environ, puis ils s'éloignèrent graduellement et furent très-rares de 10 à 12 ans. La première menstruation se montra à 12 ans. Les premières attaques survinrent à 13 ans. Elles se groupent le plus souvent par paroxysmes ou séries qui se composent de 2 à 12 attaques en un à huit jours; ces paroxysmes arrivent en général deux fois par mois. Il y a en outre quelques attaques isolées. Les attaques sont presque toujours nocturnes. Les vertiges sont assez rares, et l'on ne nous en a signalé que de diurnes.

L'attaque (de jour) débute par la sensation d'une odeur

très-forte, ressemblant à un-parfum agréable, l'impression n'en est pas moins pénible, en tant que le prélude d'attaque. La patiente ne saurait comparer cette odeur à aucune autre. Elle a ensuite l'impression de quelque chose qui descend de la gorge dans l'estomac où elle ressent de l'*inquiétude*, des tortillements; puis elle perd connaissance. Elle ne conserve pas de souvenir des attaques nocturnes; on la voit se redresser brusquement sur son séant et se roidir : elle pousse un cri guttural qui ressemble à un *bêlement*, les yeux et la tête sont renversés, la bouche distordue, les bras allongés ; bientôt ils se fléchissent ainsi que les jambes; alors surviennent les convulsions cloniques. La face est rouge, violette ou bleue, plus tard d'une effrayante pâleur. Fréquemment la langue ou les joues sont mordues; il est arrivé que les dents ont été brisées sans chute. L'écume se montre sur les lèvres, au coma succède le plus souvent un sommeil calme sans retour intermédiaire de la connaissance. Au réveil la patiente éprouve de l'ardeur au visage, de la céphalalgie et un endolorissement des membres qui, après les paroxysmes, persiste quelquefois pendant plusieurs jours.

La jeune personne n'a qu'un seul degré d'accès incomplets, ce sont des vertiges : le début et la marche des symptômes jusqu'aux malaises gastriques sont les mêmes que pour l'attaque, alors la malade s'assied, quoiqu'elle ne soit jamais tombée dans un vertige. Il lui semble qu'elle va mourir, il lui revient des souvenirs pénibles, et elle perd connaissance. La figure est rouge, en général les sens reviennent très-vite : la jeune fille entend et comprend avant de pouvoir répondre. Cependant le vertige est quelquefois suivi d'un singulier état de stupeur. Un jour la mère entra dans la

chambre de sa fille qui venait d'avoir l'un de ces légers accidents; elle l'engagea à venir se mettre à table, la patiente suivit sa mère à la salle à manger, s'assit, étala sa serviette et se mit à manger comme à l'ordinaire, ce ne fut pourtant qu'après le potage qu'elle reprit connaissance. Son dernier souvenir la reportait dans sa chambre, sur sa chaise; elle fut très-étonnée de se trouver à table, ayant déjà commencé son repas.

On ne nous a signalé aucune variété de début ou de marche dans chacun des deux degrés d'accès, ni indiqué non plus de causes accidentelles ou d'essais de moyens abortifs.

Dix-septième Observation.

Jeune homme de 18 ans, d'une intelligence ordinaire; sa bisaïeule maternelle, un oncle et une tante de la même branche, se sont suicidés à 70 ans, 42 et 30 ans. Scrofule dans l'enfance; à 4 ans, violents accès convulsifs, probablement de nature éclamptique et qui ne se sont pas renouvelés. A 14 ans, au milieu d'une cure de bains à Bagnères-de Luchon, première apparition des vertiges; il les avait toujours en revenant du bain. Ils ont continué à revenir, en général, deux fois par mois, au nombre d'un, deux et même trois en un jour. A 14 ans et demi, un paroxysme de trois attaques d'épilepsie en moins d'une heure. Les séries d'attaques se sont renouvelées depuis cette époque deux, trois et jusqu'à quatre fois par an; par intervalles cependant, il n'y en a eu qu'une seule; les attaques et vertiges ne se sont jamais montrés que de jour, c'est-à-dire le patient étant levé.

L'attaque commence toujours par un bourdonnement de

l'oreille gauche, qui trouble l'audition. Cette sensation est suivie de fourmillement, d'engourdissement, de *bouillonnement* et de la chaleur dans la main gauche; le pied droit est bientôt pris de la même manière, le malade ne peut imprimer aucun mouvement à ces parties, il dit alors : *Ah! voilà mon bourdonnement* et, s'il est chez lui, il se hâte de gagner son lit. Le membre thoracique gauche est saisi par la convulsion tonique; la main se ferme sur le pouce fléchi; l'avant-bras se plie, la rigidité est extrême, des mouvements cloniques suivent de près la contracture. L'extrémité inférieure est envahie de bas en haut. *Arrêtez mon bras*, s'écrie le patient, *je n'entends plus*, *je ne vous vois plus!* La tête tourne à gauche, le malade perd connaissance et tombe, s'il est encore debout. Aucun cri, seulement une sorte de gémissement étouffé. Les convulsions toniques, puis cloniques, ont envahi tout le corps, le tronc est fléchi en avant. La figure rouge d'abord devient violette, le cou se tuméfie, la langue de couleur noirâtre dépasse les lèvres; une salive mousseuse s'échappe de la bouche. Il n'y a ni morsure ni urines involontaires. La rigidité persiste pendant quelques instants après la cessation de secousses, le coma n'est pas stertoreux; après un quart d'heure, le patient commence à donner des signes d'intelligence obscure, et, après quelque temps de stupeur, il s'endort. La durée du sommeil consécutif est proportionnelle à la violence de l'attaque; de jour elle peut se prolonger depuis 3 jusqu'à 8 heures de temps. Au réveil, il y a céphalalgie frontale et brisement des membres.

Les préludes ou les vertiges, que le patient appelle ses *bourdonnements,* commencent de la même manière que l'attaque.

Tout peut se borner au bourdonnement et au trouble de l'ouïe.

Le prélude peut s'étendre à l'engourdissement et au bouillonnement de la main gauche sans aller au delà.

Il s'y joint parfois la rigidité, avec secousses, du membre thoracique gauche et même la rotation de la tête.

Dans un degré plus élevé et qui touche au vertige, la perte de la vue et le trouble de l'intelligence s'ajoutent aux précédents symptômes.

Enfin, et c'est ici un véritable vertige, il peut y avoir, en outre, perte de connaissance et chute sans que l'attaque se complète, dans ces cas le patient souffre de la tête le reste du jour.

A la suite de divers traitements, les attaques à plusieurs reprises se sont beaucoup éloignées ; nous avons pu obtenir une fois un intervalle de près de 3 ans, mais pendant cette période les préludes ou vertiges légers avaient conservé leur fréquence. Après diverses péripéties au milieu desquelles les attaques n'avaient jamais repris, loin de là, leur marche antérieure, le patient a fini par se lasser.

La récidive, après 34 mois sans attaque, est arrivée quelques heures après un repas où le jeune homme n'avait fait aucun excès, mais où il avait bu du champagne, ce qui ne lui arrivait jamais. Nous avons observé souvent chez des épileptiques les fâcheux effets de ce vin. Une autre attaque est survenue évidemment sous l'influence d'une grande fatigue produite par une promenade où le malade avait excédé ses forces.

Dix-huitième Observation.

Jeune personne de quatorze ans, très-belle et très-bien douée au point de vue de l'intelligence, l'aïeul maternel est mort en démence; une tante paternelle a été aliénée, la mère est devenue épileptique peu d'années après sa fille. Début à treize ans et demi, par 2 attaques le même jour, il en est revenu à six mois et demi, à six semaines d'intervalle. Puis, sous l'influence de traitements que nous avons dirigés, elles ont cessé de reparaître pendant quinze mois, pour revenir d'abord à un mois seulement d'intervalle; enfin (toujours sous l'influence de nos conseils à chaque récidive) elles ne se montrent, depuis un grand nombre d'années, qu'à une ou deux années d'intervalle. Les vertiges ont commencé neuf jours après la première attaque, ils sont plus rares encore que les accès complets. Les attaques reviennent à peu près également de jour et de nuit, les vertiges plutôt de jour.

Les attaques commencent toujours par des apparences lumineuses ou de la diplopie : tantôt c'est une lueur fixe, comme une étoile, parfois multicolore, qu'elle voit aussi bien les yeux fermés que les yeux ouverts, mais qui est plus vive dans l'obscurité; tantôt le point lumineux tourne circulairement avec une très-grande rapidité; les lueurs peuvent être multiples et former des tourbillons. En vain la patiente comprime ses paupières, elle ne peut échapper à ces visions qui sont pour elle un véritable supplice. D'autres fois ses yeux semblent se dédoubler et il lui semble qu'elle ne recouvrera jamais la vue simple. Une fois l'attaque a commencé par la vue de divers objets qu'elle n'a su indiquer et qui se transformaient en tournant en cercle. Ces phénomènes se

prolongent assez longtemps pour que la patiente ait pu monter une fois un étage entier et entrer dans une chambre. Elle n'est délivrée de sa vision que par la perte de connaissance. Le cri qui manque quelquefois est horrible, déchirant, dit la mère; de jour il y a chute, la rigidité est générale avec opisthotonos, la respiration est suspendue, les convulsions cloniques sont intenses. Il y a émission d'écume, morsure de la langue. Une fois on a constaté une selle involontaire; mais la jeune personne avait fait la veille un énorme abus de fruits. Après le coma, stupeur, puis délire, vomissements, sommeil consécutif. A la suite céphalalgie et forte courbature.

Les vertiges consistent dans les perturbations visuelles que nous avons décrites plus haut, suivies de perte de connaissance et ensuite d'un peu de divagation, mais sans convulsions apparentes et sans chute. Il y a après ces légers accidents de la lourdeur de tête et même un peu de somnolence.

Dix-neuvième Observation.

Agriculteur célibataire, âgé de vingt-six ans, aïeul maternel ayant été épileptique, mais s'étant guéri, mère hystérique. Pas de convulsions éclamptiques dans l'enfance. Première manifestation de l'épilepsie, à vingt ans, par un vertige; d'abord rares et isolés, les vertiges sont revenus de plus en plus fréquemment et par séries; il y a maintenant trois ou quatre paroxysmes par mois; ils durent de trois à cinq jours et comptaient naguère encore 1 à 3 vertiges par jour; depuis quelque temps ils sont devenus moins fréquents; de un vertige en moyenne par jour, leur nombre est réduit à 15

par mois; mais, en diminuant de fréquence, ils ont augmenté d'intensité. Le premier vertige de la série a lieu ordinairement au lever, les autres se montrent dans la journée; ceux de nuit, qui sont rares, surviennent presque toujours quand le patient sort du lit, réveillé par le besoin d'uriner.

Pendant quatre ans environ les vertiges n'ont pas présenté de phénomènes convulsifs apparents. Ils commançaient, comme ils débutent encore, par un brouillard sur les yeux, accompagné d'étourdissement; la vue se perdait bientôt, ainsi que la connaissance. La figure ne présentait d'autres altérations que sa couleur rouge et son immobilité; elle avait la même apparence que dans son sommeil. Le patient ne répondait pas, mais il pouvait continuer de marcher, il ne tombait jamais; on entendait des borborygmes. Revenu à lui, il dirigeait les yeux de tous côtés pour retrouver sa route.

Plus tard de nouveaux symptômes se sont joints à ceux que nous venons d'indiquer. Pendant la perte de la connaissance le malade pinçait les lèvres, ou faisait la moue, et l'on entendait des bruits de déglutition et parfois des craquements de dents; les paupières étaient baissées, la figure était rouge, la tête se penchait en avant, les avant-bras se roidissaient en flexion, les mains étaient fermées ou les doigts allongés. Dans cette dernière attitude les mains semblaient émietter quelque chose; si l'on cherchait à redresser les doigts fléchis ou à étendre l'avant-bras, on éprouvait une forte résistance. Si le patient était pris debout, il restait dans cette même station; il pouvait continuer à marcher. Après 1 minute, il pâlissait et se détendait, puis ils s'agitait à droite et à gauche et avait l'air égaré, bientôt il répondait, mais à rebours. 5 minutes

après il était complétement remis et savait qu'il avait eu une absence. Il n'y avait pas d'émission salivaire, mais les vertiges qui survenaient sur la fin de la nuit étaient quelquefois accompagnés d'urines involontaires.

Dans la dernière année les vertiges toniques se sont encore aggravés; ils se sont accompagnés de chutes en avant, d'abord lentes, plus tard brusques, avec contusions de la face; la suspension de la respiration a amené des symptômes d'asphyxie, il y a eu morsure et émission salivaire. Les convulsions cloniques, d'abord bornées à la face et aux bras se sont graduellement généralisées. Ces accès, à mesure qu'ils se sont rapprochés de l'attaque complète, ont été suivis d'une période de retour plus prolongée avec somnambulisme; une nuit, à 2 heures, il s'est trouvé tout habillé sur son lit, où il s'était mis le soir en chemise comme à l'ordinaire; il s'était certainement vêtu à la suite d'un vertige nocturne. Le premier accès incomplet au lever était fréquemment suivi d'un sommeil plus ou moins prolongé soit sur son lit, soit sur le parquet. Le reste du jour le patient se plaignait de mal de tête et de fatigue musculaire. Six ans après le début les attaques étaient complètes; on observait rarement des vertiges dans leurs intervalles.

Une partie de plaisir provoquait presque à coup sûr un vertige le lendemain matin.

Vingtième Observation.

Mademoiselle... est âgée de vingt-deux ans, elle est douée au point de vue intellectuel, quoique son esprit ait été peu cultivé. Son père a succombé à une maladie chronique du cer-

veau qui s'est accompagnée d'une déformation du crâne, d'amaurose et de graves accidents de paralysie et de convulsions.

L'épilepsie chez mademoiselle...a commencé par un vertige à l'âge de treize ans, quelques mois après la première menstruation. Dès lors les vertiges sont revenus fréquemment; quand je vis pour la première fois la patiente, elle en avait tous les jours et souvent plusieurs par jour. La première attaque est survenue dix-sept mois après le début de la maladie.

Pendant plusieurs années, il y a eu de 10 à 20 attaques par an. A dix-neuf ans, un traitement d'oxyde de zinc amena un amendement notable; 4 attaques seulement en une année. On renonça au zinc qui avait procuré des symptômes sérieux de chloro-anémie; les attaques redevinrent peu à peu plus fréquentes et arrivèrent à 34 en un an, puis à 4 par mois; il y en avait parfois 2 en un jour. Les attaques arrivaient presque toujours dans la journée. La maladie en était là quand nous commençâmes à donner nos conseils à la patiente. Questionnée sur les premiers symptômes de ses attaques, mademoiselle... se borne à dire qu'elle perd à la fois et subitement la vue, l'ouïe, et la conscience; subite immobilité, yeux fixes, pupilles démesurément dilatées, quelque chose semble l'étrangler et elle porte la main à sa bouche, rotation des yeux, les bras en avant, le tronc s'incline dans le même sens; un cri aigu, plus ou moins prolongé, s'échappe avec effort au moment de la chute, sur le parquet le corps se rejette brusquement en arrière, les bras et les jambes s'allongent, les mains et les pieds se renversent en dedans; le cou se gonfle, la figure devient successivement pourpre, puis li-

vide, bientôt ont commencé les convulsions cloniques : les mâchoires se choquent l'une contre l'autre, la tête et les membres sont aussi en proie à des mouvements saccadés. La respiration est bruyante et difficile. L'écume s'échappe de la bouche, il y a fréquemment des urines involontaires et la langue est souvent mordue. Le coma, la période de retour et le sommeil consécutif durent en général une heure. Une attaque fut suivie un jour d'un délire somnambulique qui dura un quart d'heure; expression de profonde stupidité; yeux fixes et grands ouverts, lèvres allongées, bientôt elle prend le devant de sa jupe et elle y forme des plis qu'elle paraît coudre avec beaucoup d'attention, elle ne tenait ni aiguille ni fil. — *Est-ce un bonnet que tu fais?* lui demande sa mère. — *Non, c'est une robe*, puis elle se remet à coudre. Elle fait le geste d'enfiler une aiguille. — *Veux-tu que je te l'enfile.* — *Je veux bien*, elle se remet encore à coudre, puis cesse bientôt. Il est inutile d'ajouter ici que la patiente ne conserva aucun souvenir de cette scène.

Les vertiges les plus forts sont identiques au début des attaques ; perte des sens et de la connaissance, immobilité, fixité des yeux, dilatation des pupilles, expression d'angoisse comme par strangulation; elle porte la main à sa bouche, elle reste debout : on peut la conduire jusqu'à un siége, son expression est d'abord celle de la stupidité, puis bientôt l'égarement ; elle parle d'une manière confuse et incohérente, elle semble avoir peur et voir des figures étranges, puis elle répète huit ou dix fois de suite : *Est-ce que je suis folle?* enfin elle se remet peu à peu.

Mademoiselle... a des vertiges d'un degré beaucoup moindre; ils n'ont que quelques secondes de durée; courte immobilité

pendant laquelle elle est privée de ses sens et laisse tomber ce qu'elle tient à la main, elle secoue la tête, et tout est passé.

Les attaques et vertiges reviennent bien plus souvent pendant les époques menstruelles et à leur approche que pendant les intervalles. On a remarqué plus d'une fois que les bains tièdes amenaient un surcroît d'accidents comitiaux.

A vingt-deux ans, sous l'influence d'un traitement de jusquiame que nous dirigions, les attaques et vertiges cessèrent de se montrer pendant sept mois, les vertiges cédèrent quinze jours après les attaques. Puis, la maladie étant revenue à peu près à son cours antérieur, la reprise de la jusquiame procura encore une suspension d'accidents pendant quatre mois. Mais les accès reprirent encore leur marche, quoiqu'on n'eût pas suspendu la médication. La racine d'armoise, en moins de deux mois, fit disparaître attaques et vertiges ; par précaution elle fut prise pendant dix mois et demi.

Depuis sept ans mademoiselle... n'a pas éprouvé la moindre atteinte de son ancienne maladie.

Vingt-unième Observation.

Médecin âgé de soixante ans, marié, sans enfants ; une sœur morte à cinquante ans, en démence sans paralysie. A quarante-sept ans premiers vertiges, revenant dès lors 2 ou 3 fois par mois. Première attaque à cinquante-cinq ans ; aucune la seconde année, 6 la troisième, 4 la quatrième, 5 dans les cinq premiers mois de la cinquième année. Plus des deux tiers des attaques de jour, entre midi et sept heures du soir. Vertiges un peu plus fréquents le jour que la nuit.

Le patient ne conserve aucun souvenir du début de l'atta-

que; il s'arrête l'air étonné, les yeux fixes, il fait des mouvements de la bouche et des lèvres comme pour recueillir et avaler sa salive; la figure rougit et se contracte, la tête tourne sur elle-même à droite ou à gauche; il pousse un cri un peu aigu, strident, et tombe si on ne le retient pas, le front et les membres sont en proie à une forte rigidité, la face devient violacée, sans gonflement bien sensible, en même temps que surviennent les secousses générales; bientôt la salive s'échappe, presque toujours mousseuse, une fois cependant simplement filante; il y a eu bien rarement morsure de la langue, puis survient le collapsus, et un court coma sans stertor. Après quelques minutes, le malade commence à reprendre ses sens, mais il est, pendant un certain temps, tout étourdi et ne peut pas parler; quand 3 ou 4 minutes se sont encore écoulées, tout est rentré dans l'ordre. Il n'y aurait à la suite qu'un peu de pesanteur de tête sans courbature; après la première attaque, le patient s'est plaint d'une constriction au cou, comme hystérique, il a eu une fois un sommeil consécutif de 2 à 3 heures.

Le commencement du vertige est semblable à celui de l'attaque : air étonné, yeux fixes, mouvements salivaires ayant quelques rapports avec ceux que fait une personne qui se rince la bouche, rougeur de la face, suspension de la respiration; aucune réponse, le patient semble regarder ses avant-bras spasmodiquement fléchis. Alors, si on lui projette de l'eau à la figure, il témoigne d'une impression désagréable, retire ses bras et est plus vite remis; cependant si, une minute ou deux après le vertige, il veut parler, il a de la peine à coordonner des idées et surtout à les exprimer.

Dans certains vertiges plus forts, à la contracture du bras

se joignent quelques légères convulsions cloniques; la face rougit, les lèvres deviennent violettes et les yeux sont l'armoyants.

Sous l'influence des divers traitements auxquels nous avons soumis notre confrère, nous avons d'emblée obtenu un intervalle de près de trois ans et demi sans attaque, mais de neuf mois seulement sans vertige. Il y a deux ans, le mal a récidivé par une attaque; une seule s'est montrée depuis lors. Il a deux vertiges en moyenne par mois; le malade continue à suivre nos conseils.

Les circonstances qu'on nous a signalées comme causes excitantes des vertiges ont été surtout des causes morales, une fois cependant un vertige a semblé s'être montré sous l'influence d'un verre de punch, dont le malade ne faisait jamais usage.

Vingt-deuxième Observation.

Homme de 30 ans non marié, d'une intelligence très-cultivée; père ayant succombé à une dernière attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie, après plusieurs atteintes de ce mal dans le cours de quelques années. La première attaque comitiale du fils est survenue à la fin d'une cure de bains de mer. Les premiers intervalles ont été de deux mois, puis de six semaines à un mois, il y a eu même de plus courtes distances. Le premier vertige certain a eu lieu vingt mois après la première attaque, il ne s'en est montré dès lors que rarement. Les accès complets ne sont presque jamais survenus que dans la journée, et à l'ordinaire de 3 à 6 heures du soir; les vertiges n'ont été signalés que de jour.

Le patient ne conserve pas le moindre souvenir du début

de ses attaques, il perd connaissance comme par sidération étant debout, il tourne lentement la tête, ou la renverse un peu en arrière, comme s'il suivait le vol d'une mouche; il pousse un léger cri et tombe lourdement de toute sa hauteur, les bras étendus horizontalement; il est résulté plus d'une fois de cés chutes des contusions plus ou moins fortes et même des plaies; la contracture est générale et se complique très-vite des convulsions cloniques; la figure est de couleur violacée, l'écume s'échappe de la bouche, rougie quelquefois par les morsures de la langue; du râle trachéal se fait entendre, le coma, le sommeil consécutif et la période de retour durent une heure environ; encore le malade est-il hébété et conserve-t-il une expression de stupeur; de sa mémoire est toute la journée très-affaiblie, il a montré de la céphalalgie et une courbature semblable à celle qui suit une marche forcée.

Les vertiges commencent comme les attaques : sans aucun avertissement, en riant, au milieu d'une phrase, en marchant, la conscience est subitement abolie. Il n'y a ni chute ni arrêt; le patient continue à cheminer, la période de retour est surtout remarquable; il en sort sans fatigue, comme d'un accès complet. Voici en quels termes il nous rendit compte de l'une de ces singulières absences. « Je me rendais à la chapelle du château pour y entendre la messe; au moment d'entrer dans la chapelle, j'ai été pris de ce singulier vertige : sans m'en apercevoir, j'ai rétrogradé et parcouru un couloir d'une quinzaine de mètres, redescendu un étage assez élevé, traversé une cour, et suivi une première rue; c'est en tournant dans la seconde que cet étourdissement a commencé à se dissiper, et que je me

suis retrouvé à trois cents pas environ de l'endroit où j'avais dû perdre connaissance. Pendant quatre ou cinq minutes j'ai marché comme un automate sans avoir aucunement la conscience de ce que je faisais et de la direction dans laquelle je marchais..... ; l'absence en général dure au moins cinq minutes ; mais il s'écoule encore quelques instants avant que mes idées soient revenues tout à fait lucides. » Une autre fois le malade caractérisait cet état ainsi : interruption de la vie intellectuelle, la vie animale continuant.

Les circonstances qui ont paru le plus souvent amener des attaques ont été la fatigue d'une longue marche, ou un voyage prolongé en diligence ou en chemin de fer.

Nous avions réussi par un traitement de racine d'armoise à faire cesser les attaques pendant trois ans et trois mois, mais la maladie a récidivé et l'armoise reprise s'est montrée sans efficacité, ainsi que deux autres médications ; le patient s'est lassé.

Toutefois les accidents comitiaux sont loin d'avoir repris leur fréquence primitive.

Lors de la cessation des attaques, un vertige s'était encore montré deux mois après le dernier accès complet; mais il n'en était pas reparu d'autres pendant plus de trois ans.

Vingt-troisième Observation.

Jeune fille de 7 ans, intelligence fort incomplète, nulle cause connue, premières commotions à l'âge de deux ans et demi, bornée d'abord à des secousses partielles. A trois ans et demi, cris, plus tard propulsions, chutes et vertiges, à cinq ans attaques complètes, entremêlées des

accidents incomplets que nous venons d'énumérer ; la malade a deux attaques en moyenne par mois, presque toujours au lit : plusieures secousses, cris ou chutes par jour, le plus souvent dans la journée.

Le degré le plus léger des accidents comitiaux éprouvés par l'enfant est une secousse brusque, unique, qui peut n'entraîner d'autre mouvement que de soulever les bras ; la jeune patiente laisse échapper alors ce qu'elle tient à la main ; elle s'apperçoit de la secousse, la signale même et l'évite. La mère appelle ces préludes des *secousses* pour les distinguer des autres degrés.

Le second degré est le *cri*, comme les parents le désignent, il y a commotion plus étendue, soulèvement des bras, et émission d'un cri guttural, fort court, ressemblant à un effort de vomissement ; parfois, immédiatement, elle porte la main à sa bouche comme pour réprimer une envie de vomir. La patiente en a quelquefois la conscience et demande si on l'a entendue crier.

Les *propulsions* ne se montrent plus, elles ont été remplacée par les chutes ; au moment de la commotion et du cri, l'enfant se précipitait en avant, faisait quelques pas sans but apparent, et ne tombait pas.

Les *chutes* sont des commotions dans lesquelles il y a, outre le cri et la chute, un court moment de perte de la vue et de la connaissance. L'enfant tombe, par périodes, habituellement en avant ou habituellement en arrière; la chute a été telle qu'il en est résulté des sortes de trombus des fesses très-douloureux. Nous avons été témoin plusieurs fois de ces commotions; après la chute, la petite malade se relève aussitôt ; si la commotion arrive au lit ou sur le parquet,

elle s'assied ou se redresse ; il y a, pendant les commotions, un court moment d'absence, pendant lequel elle ne répond pas ; prise un jour en écrivant, elle a dit qu'elle avait cessé un instant de voir. Elle accuse quelquefois après la commotion un resserrement douloureux dans l'estomac ; à l'ordinaire elle est immédiatement remise et répond sur-le-champ. Dans les vertiges toniques, aux phénomènes de la commotion avec chute que nous venons de décrire succèdent quelques secondes d'immobilité avec contracture de la partie supérieure du corps et des bras qui se croisent sur la poitrine, les poings fermés, ou s'allongent le long du corps, les mains ouvertes. La respiration est un moment suspendue ; une couleur violette paraît sur le visage qui pâlit plus tard. Une salive filante non mousseuse s'échappe des lèvres. Il s'y joint quelquefois des mouvements convulsifs des yeux, l'abolition des sens est complète ; dans les degrés plus forts, la convulsion tonique est générale et très-courte, parfois avec convulsions cloniques limitées.

L'*attaque* commence par la commotion avec cri et chute, suivie des symptômes suivants : renversement de la tête en arrière ou flexion en avant, contracture qui se généralise, convulsions saccadées de tout le corps, signes d'asphyxie plus prolongés que dans le vertige tonique ; écume, assez fréquemment morsure de la langue, ou des joues ; quelquefois urines involontaires. Très-rarement les attaques ont laissé à leur suite du piqueté ecchymotique sur les paupières.

Les causes excitantes des accès qui nous ont été le plus souvent signalées, ont été des frayeurs, le plus souvent insignifiantes, de légères émotions.

Nous avons donné pendant de longues années des soins à

cette enfant, devenue une jeune fille; rien n'a pu entraver l'aggravation graduelle des accidents comitiaux et de la déchéance intellectuelle.

Vingt-quatrième Observation.

Jeune garçon de 14 ans, fils d'un médecin; très-intelligent; aïeule paternelle devenue épileptique dans un âge avancé. Dans le mois même où l'épilepsie a commencé chez le petit-fils par des commotions; il a éprouvé une vive frayeur par une chute de voiture. Il avait 13 ans, quand ce degré léger d'accidents comitiaux a paru. D'abord rares, ces commotions sont devenues de plus en plus fréquentes, jusqu'à l'apparition des attaques; depuis cette époque elles ont été moins fortes et moins rapprochées, il y en a pourtant, en moyenne six à sept par jour. Les attaques ont commencé trois mois après les commotions; il ne s'en est montré d'abord qu'une par mois, plus tard deux à trois dans le même temps. Les attaques et les commotions étaient d'abord presque toujours diurnes; les attaques maintenant ont lieu le plus souvent au lit.

A l'origine du mal, la commotion ou secousse était bornée à la partie supérieure du corps; bientôt elle est devenue générale; si l'enfant est debout ou marche, il peut tomber, mais cela est rare, s'il y a chute; il se relève à l'instant même. Il lâche ou lance ce qu'il tient à la main, surtout à la main droite.

Le patient dit qu'il perd la vue au moment de la commotion, mais il la recouvre immédiatement après; la mère donne à ces accidents le nom de *tremblement*, le père les appelle *secousses*.

Les commotions vertigineuses se prolongent plus que les commotions simples ; après une première secousse générale, il en survient, à court intervalle, une seconde et même une troisième qui s'accompagnent d'une sorte de cri et qui amenaient la chute, si l'on ne la prévenait pas. Moins d'une minute après, si le malade est tombé, il se relève même et dit qu'il éprouvait une constriction de l'estomac qui arrêtait sa respiration.

L'attaque est précédée de deux ou plusieurs commotions (on en a observé jusqu'à neuf consécutives) dont la dernière, au moins, avec cri. Les mains se projettent en avant et la chute aurait toujours lieu si on ne retenait pas le patient ; yeux renversés en haut, rotation de la tête, rigidité générale, promptement accompagnée de convulsions cloniques, signes d'asphyxie, lèvres violettes, plus tard pâleur, émission salivaire, râle guttural. Il n'y a presque jamais de morsure, on n'a pas observé d'urines involontaires. Après quelques instants d'affaissement, l'enfant prend un air égaré et, si on l'interroge, il divague. Mis au lit, il dort une heure, rarement plus ; au réveil il se plaint d'avoir mal à l'estomac, le plus souvent il y a peu ou point de courbature.

Un réveil brusque et forcé a parfois occasionné une attaque dans la nuit.

FIN.

TABLE ANALYTIQUE

CHAPITRE III

CHAPITRE IV

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE.

CORBEIL, typ. et stér. de CRÉTÉ.

